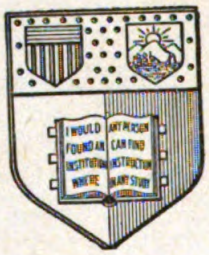
Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

RJ
Z'56
v.16



New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.

Library

Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 071 037 349
JUN 21 1948

Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

16. JAHRGANG 1911.

LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1911.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

RJ
1
Z56
v.16
1911
143003

Alle Rechte vorbehalten.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhaltsverzeichnis des XVI. Jahrganges.

Originalien.

Baedeker, J., Welches Nahrungsregime verdient für den praktischen Arzt den Vorzug in den Fällen von Ernährungsstörungen der Kinder, wo über die ernährungsphysiologische Ursache noch Ungewißheit besteht? 217.
Čech, G., Bromoderma beim Säugling 253.
Fränkel, Opels Nährzwieback in der Kinderpraxis 365.
Nordmann, O., Spastischer Darmverschluß bei einem zweijährigen Kinde 127.
Schaps, L., Bemerkenswerter Fall von tuberkulöser Meningitis im Säuglingsalter 407.
Schreiber, E., Die Bedeutung von Salvarsan für die Kinderheilkunde 1.
Sheffield, H. B., Lumbalpunktion, Morphin und Atropin bei akuter Urämie 169.
Stoessner, Erfahrungen mit Dürkheimer Maxquelle 170.

Referate.

Abelsdorff, G. u. Bibergeil, E., Das Blickfeld bei Caput obstipum 417.
Abrami, P., Nouveau cas d'ictère hémolytique congénital et familial 354.
Achard, Ch. u. Flandin, Ch., Angina Vincenti, mit Arsenobenzol behandelt 475.
Alexander, Anteil der Lehrer, Eltern und des Schularztes in der Ohrhygiene der Schulkinder 193.
Alexandroff, L., Die Steinkrankheit der Blase bei Mädchen 280.
Allaria, G. B., Untersuchungen über Laktase im Säuglingsspeichel 42.
— Wirkung des Säuglingsspeichels auf die Lab- und Pepsinverdauung in vitro 320.
Alsberg, G., Kasuistische Beiträge zur Klinik der Heine-Medinschen Krankheit 452.
Apert u. Bucaille, Hypertrophie der Mamma und Milchsekretion bei einem Neugeborenen 158.
Archangelsky, W. G., Zur Frage der Erkrankung der Lungen an Echinokokkus 452.
— u. **Abrikosoff, A.**, Fall von Myatonia congenita mit Autopsie 453.
Arraga, A., La colite mucomembraneuse 74.
Aschenheim, E., Aschegehalt in den Gehirnen Spasmophiler 225.
Athanasescu, N., Ein neues Zeichen für die Diagnose der beginnenden Pottschen Krankheit 39.
Auerbach, N., Was leistet Plasmon für die diätetische Behandlung kranker Säuglinge? 386.
Auerbach, P., Eitrige Speicheldrüsenentzündung beim Säugling 93.
— Mitteilungen über eine Masern- und Diphtherieepidemie 452.
Aviragnet, E. C., Inconvénients et dangers du lait de vaches nourries de résidus industriels 73.
Axisa, E., Die Amöbendysenterie 428.

Badin, P. V., Du traitement consécutif des luxations congénitales de la hanche réduites par la méthode non sanglante 75.
Baginsky, A., Allgemeine Grundzüge in der Behandlung der akuten Infektionskrankheiten der Kinder 18.
Das Typhoid der Kinder und seine Behandlung 232.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bahrdt, H. u. Edelstein, F., Beitrag zur Kenntnis des Eisengehaltes der Frauenmilch und seiner Beziehungen zur Säuglingsanämie 178.
Bahrmann, Erfolgreiche Anwendung von Hypophysispräparaten 234.
Baillett, A., Recherches sur la teneur en fer du foie dans les deux sexes de la naissance à la puberté 202.
Baisch, Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen 230.
Baldini, G., Quelques cas anormaux de rougeole 395.
Bamberg, K., Zur Frage der Rohmilchernährung 54.
Bartels, Beitrag zur Augeneiterung der Neugeborenen 473.
Bauer, J., Eine Formel zur Beurteilung von Säuglingen in bezug auf ihren Allgemeinzustand 226.
— Scharlachthyreoiditis 372.
— u. **Neumark, K.**, Über den Gehalt des Säuglingsblutes an hämolytischen Normalambozeptoren 6.
Baum, M., Über den Einfluß der Stilldauer auf Entstehung und Erhaltung des folgenden Kindes 8.
Baurowicz, Zur Operation der Gaumenmandeln mit der Schlinge 270.
Beck, K., Raynaudsche Krankheit bei einem Säugling 173.
— Kardiospasmus im Säuglingsalter 372.
Behr, M., Zur Anwendung der kurzen Chloräthylnarkose 227.
Behrendt, Tödliche Vergiftung durch amerikanische Pastillen 311.
Beneke, Tentoriumzerreißungen bei der Geburt und Bedeutung der Duraspannung für chronische Gehirnerkrankungen 62.
Benjamin u. **Witzinger**, Abschwächung des Scharlachs durch prophylaktische Seruminjektionen 455.
Bennecke, Zur Bestätigung des Rumpel-Leedeschen Phänomens bei Scharlach 337.
Berend, N., Pneumonie und akute Gewichtsschwankungen bei ernährungsgestörten Säuglingen 55.
Berger, F., Zusammenhang der abnormalen Stellung der Zähne mit adenoiden Vegetationen 439.
Bergh, Fall von kongenitaler Zyste des weichen Gaumens 348.
Bernhardt, G., Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie 332. 414.
Bernheim-Karrer, Pirquetsche Reaktion bei aspezifischer und spezifischer Überempfindlichkeit der Haut 73.
Best, Erblindungsgefahr infolge von Augenentzündung der Neugeborenen 466.
de Biehler, M., Les taches de Koplik 197.
Bihler, M., Ftoroformwasser bei Keuchhusten 82.
Birk, W., Nahrungsbedarf frühgeborener Kinder 151.
— Beiträge zur Physiologie des neugeborenen Kindes. 3. Die Bedeutung des Kolostrums 411.
— Unterernährung und Längenwachstum beim neugeborenen Kinde 417.
— u. **Edelstein, J.**, Ein Respirationsstoffwechsel beim neugeborenen Kinde 329.
— u. **Orgler, A.**, Der Kalkstoffwechsel bei Rachitis 329.
Bjelenki, G., Zur Frage der Stillungsnot und Stillungsunfähigkeit 473.
Bjelilowski, W., Einige Bemerkungen zur Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen Serum sowie zur Bakteriologie des Scharlachs 40.
Blacher, W., Die Technik intravenöser Injektionen im kindlichen Alter 63.
Blanchard et **Maillard**, Sur un cas de Chromidrose 355.
Blochmann, Diagnose der Nasendiphtherie bei Neugeborenen und Säuglingen 56.
— Wichtige Form von funktionellem Darmverschluß und ihre Beziehungen zur Hirschsprungschen Krankheit 302.
Blühdorn, K., Zur Frage der Spezifizität der Plaut-Vincentschen Anginaerreger 416.
Blume, C. A., Beitrag zur frühen Klinik der Lungentuberkulose 244.
Blumenau, N. R., Zur Frage der phlegmonösen Diphtherie und deren Behandlung 451.
Bluth, G., Ein neuer Fall von erythematös-vesikulo-pustulösem Hautausschlag nach Diphtherie 22.
Bockenheimer, Th., Zystischer Tumor bei Hufeisenniere 462.
Böhm, M., Rachitis als ursächliches Moment für Rückgratsverkrümmungen 262.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Böhm, M., Fortschritte auf dem Gebiete der Lehre von den jugendlichen Rückgratsverkrümmungen 374.
Bogrow, Zur Kenntnis der falschen Hutchinsonschen Zähne 24.
du Bois, A., Traitement de la hernie inguinale congénitale chez l'enfant en bas âge 352.
v. Bókay, Über den Zwerchfellbruch im Anschluß an 2 Fälle 173.
— Beiträge zur Kenntnis der Serumkrankheit 180.
— Erfolgreiche Behandlung von Chorea minor mit Salvarsan 181.
— Heilwirkung des Salvarsans bei der Lues des Kindesalters 312.
— Über Transposition der großen Schlagadern des Herzens 451.
Boncour, G. P., Sur la nature et le prognostic des terreurs nocturnes 316.
Bornstein, K., Stoffwechselversuche mit Albulactin bei künstlich genährten Säuglingen 452.
Botey, R., Behandlung der „tubo-canulardos" mit elastischer Dilatation und Laryngostomie 243.
Botteri, Beitrag zu den seltenen angeborenen Augenhintergrundbefunden 25.
Brandenberg, Über Nestles dextriniertes und gemälztes Nährmittel 31.
— Kasuistischer Beitrag zur Morbus Winckelii 410.
Brandes, M., Behandlung von Fisteln mit Beckscher Wismutsalbe 309.
Braumüller, J., Über toxische Zuckerwirkung nach Eiweißmilchernährung 186.
Brelet, M., A propos du diagnostic de l'appendicite; le point de côté abdominal dans la pneumonie et la crise douloureuse abdominale du purpura 475.
Bretschneider, A., Die primäre eitrige Parotitis des frühen Säuglingsalters 409.
Brückner, G., Typhusepidemie in einer Kindererziehungsanstalt 379.
Brüning, H., Zur Frage der Kindersterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz 257.
Brun, V., Die Narkose mit Kelen 119.
Bundy, J., Angiosarcoma of the Liver in an Infant 478.
Burneff, P., Notes on a case of papulo-necrotic Tuberculide 78.
Busse, Säuglingssterblichkeit in Pommern nach Alter und Geschlecht 348.

Cabannes, Postdiphtherische Lähmung der beiden Recti externi 71.
Calvary, M., Energiebedarf künstlich genährter junger Säuglinge 150.
— Anaphylaxie und Lymphbildung 305.
Canestrini, S., Neue Symptome bei der Heine-Medinschen Krankheit 153.
Cannata, S., Nephritis nach Parotitis 320.
— Zur Pathogenese der Purpura haemorrhagica 376.
Cantacuzène, Inokulation des Scharlachs bei niederen Affen 437.
Casassovici, E., Die Jodtinktur in der kleinen Chirurgie 39.
Cassel, Beitrag zur Peritonitis tuberculosa bei Kindern 335.
— 5jährige Erfahrungen im Kinderasyl 451.
Cassirer, Neuere Erfahrungen über die akute spinale Kinderlähmung 137.
Castro y Lopez, Prostatasarkome im Kindesalter 243.
Caubet, H., L'hypertrophie mammaire de la puberté 314.
Chilaiditi, D., Zur Diagnostik angeborener Lungenmißbildungen 23.
Chriostofoletti, R., Beitrag zur Klinik der überzähligen abnorm mündenden Ureteren 71.
Christina, G. D., Ist es unschädlich, in Fällen von Stauung im kleinen Kreislauf den rechten Ventrikel durch Punktion zu entlasten? 280.
Ciaccio, C., Zur pathologischen Anatomie und zur Mikrobiologie der Masern 268.
Citelli, Intubation und Tracheotomie bei akuten Larynxstenosen der Kinder 153.
Cobliner, S., Blutzuckeruntersuchungen bei Säuglingen 256.
Codivilla, A., Über Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen 56.
Cohn, L., Die Bedeutung der v. Pirquetschen Hautreaktion im Kindesalter 12.
Concetti, L., Die Gefahren der Unterernährung beim Säugling 78.
— Beitrag zum Studium der Atonia muscularis congenita 320.
Corominas, F., Anaphylaxie bei Masern 204.
Cotta-Ramusino, C., Über die Gegenwart eines Eiweißkörpers im Harn gesunder Kinder 357.
Coulonjou, E., Spasmus salutatorius und Epilepsie 157.
Croner, P., Anwendung von Nährpräparaten im frühen Kindesalter 258.
Czyhlarz, Beitrag zur Lehre von der Enteritis membranacea 110.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daiber, A., Jodipineinspritzungen bei Scharlach 259.
Dale, H. H., The action of Extracts of the Pituitary Body 202.
Delamare, G. et **Cain, A.**, Un cas de méningo-épendymite séreuse tuberculeuse de nourrisson 317.
Delcourt, A., Le diagnostic de la cocqueluche fruste par la réaction de Bordet-Gengou 240.
Deutsch, E., Mitteilungen aus dem Gebiet des Kinderschutzes und der Kinderhygiene 115.
Dibbelt, W., Bedeutung des Kalkstoffwechsels für die Entstehung der Rachitis 62.
Dini, V., Sopra due casi di meningite cerespinale 119.
Dittrich, E. W., Alopecia in a young child with acquired syphilis 156.
Döbeli, E., Empfindlichkeit verschieden alter Tiere gegen Opiumalkaloide 254.
Döblin, A., Salvarsan bei Säuglingen 302.
Donath, H., Therapeutische Anwendung von Magnodat und Calcodat 114.
— Therapeutische Anwendung des Phytinum liquidum in der Kinderheilkunde 431.
—, **J.**, Zur Bakteriologie der Chorea Sydenhami 271.
Dorofejeff, D., Über 18 Radikaloperationen angeborener Inguinalhernien im Säuglingsalter 83.
Ducroquet, C. et **Veau, V.**, Les déviations du genou dans la tumeur blanche de cette articulation 394.
Duhot, R., Unerwartete Resultate bei einem hereditär-syphilitischen Säugling nach Behandlung der Mutter mit „606“ 14.

Eckert, Über das akute Stadium der epidemischen Kinderlähmung nebst Bekanntgabe eines Falles von Poliomyelitis fulminans 181.
Ehrhardt, A., Verhütung der Nervosität und Geisteskrankheiten durch eine gesundheitsgemäße Erziehung der Kinder und heranwachsenden Jugend, besonders in der Schule 152.
—, **O.**, Primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion 183.
Ehrlich, F., Fibrolysininjektionen zur Behandlung von Nabel- und epigastrischen Hernien 429.
Eichhorst, H., Über infantile Alkoholneuritis 31.
Einhorn, Magenerweiterung und chronische gutartige Ischochymie 110.
Eller, R., Familiärer Kretinismus in Wien 91.
Engel, St., Einige Fragen der Frauenmilchsekretion, insbesondere über die Sekretion des Milchfettes 50.
— u. **Turnau, L.**, Über eine Reaktion des Urins bei Brustkindern 186.
Entz, B., Aneurysma mycotico-embolicum arteriae pulmonalis 397.
Esch, P., Krämpfe bei Neugeborenen 390.
Escherich, Th., Tuberkulinbehandlung im Kindesalter 193.

Fedinski, S. J., Einfluß des Moserschen Serums auf den Verlauf und die Mortalität des Scharlachs 91.
Feer, E., Gibt es eine erschwerte Zahnung als Krankheitsursache im ersten Kindesalter? 431.
Feibelmann, M., Masernrheumatoid im Säuglingsalter 464.
Ferrer, R. G., Behandlung der Masern mit Kalisalpeter 203.
Fickler, A., Hydropyrin, ein neues wasserlösliches Salizylpräparat 133.
Fielitz, Wohlfahrtspflege und Kreisarzt 347.
Fieux, Dans quelle mesure la numération des battements du coeur foetal peut-elle servir à prognostiquer le sexe de l'enfant 275.
Finizio, G., Ungleichheit der Brüste in ihrer Beziehung zur Quantität und Qualität der Milch 320.
Finkelstein, H. u. **Meyer, L. F.**, Über Eiweißmilch 52.
— — Technik und Indikation der Ernährung mit Eiweißmilch 266.
Fischl, R., Weitere Mitteilungen über mechanische Erzeugung von Albuminurie und Nephritis bei Tieren 456.
Fischner, Großes Dermoid der Kornea 473.
Fleischer, G., Versuche mit bakterizidem Serum bei Rachendiphtherie 120.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Flesch, H. u. Péteri, J., Die Bedeutung der Radiologie bei der Untersuchung von narbigen Ösophagusstrikturen bei Kindern 328.
Flinker, A., Kretinismus unter den Juden 154.
— Zur Pathogenese des Kretinismus 349.
Foderà, F. A. u. Pittau, L., Hypophysisstudien 119.
Franchetti, U. u. Fuà, R., Die von Yamanouchi angegebene Methode der Tuberkulosediagnose im Kindesalter 79.
Francaviglia, M. C., Myiosis gastrica, nachfolgender Magenkatarrh und Krämpfe 357.
Francioni, C., Klinischer Beitrag zur Kenntnis der von der stillenden Mutter verursachten Säuglingskrankheiten 120.
— Druck im Rückenmarkkanal bei verschiedenen Kinderkrankheiten 438.
v. Franqué, O., Zur gerichtlichen Beurteilung des Konzeptionstermins nach dem Entwicklungsgrade des Kindes 257.
Friberger, R., Untersuchungen über das sogenannte Kochsalzfieber und über die Chlorausscheidung beim Säugling 6.
Fritz, S., Fall von Megacolon congenitum 80.
Fröschels, E., Differentialdiagnose zwischen Taubstummheit und Hörstummheit 147.
Fromaget, Die Behandlung der hereditär-syphilitischen Keratitis 25.
— Paralysie récidivante de l'accommodation chez une hypermétrope à la suite de la diphthérie 159.

Galatti, D., Gefahren des Lutschers? 275.
Garuffo, G., Die Kostotomie bei den Empyemen 160.
Gaucher, Druelle et Flurin, Chancre de la paupière inférieure chez un enfant de 2 mois 241.
Gautier, E. L., La diphthérie à l'hôpital Trousseau en 1909 352.
Genersich, G., Mangelhafte Ernährung der Brustkinder 80.
Giaratana, Fall von essentiellem Ödem 437.
Giffhorn, Beitrag zur klinischen Bedeutung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers im Urin der Säuglinge 457.
Gilbert, A. u. Philibert, A., Expulsion de l'oesophage par la touche après ingestion de caustiques 76.
Gill, J. M., Congenital Heart-Block 431.
Gindes, E., Einfluß der Wohnung auf die Entwicklung des Kindes 328.
Glaessner, P., Der angeborene Schiefhals und seine Behandlung 259.
Goebell, R., Zur Diagnose und Therapie der akuten Wirbelosteomyelitis und der Meningitis spinalis purulenta 332.
Göppert, F., Die akuten Herzkrankheiten im Kindesalter 141.
— Behandlung der akuten und chronischen Darmkatarrhe im 2. und 3. Lebensjahre 382.
— Zur Therapie des Oberarmbruchs im Säuglingsalter 426.
Goett, Th., Assoziationsversuche an Kindern 297.
Gorbenko, M., Fall von Spina bifida, kompliziert durch Hydrozephalus 321.
Gouraud, F. X., La tuberculin-thérapie chez l'enfant 38.
Gouvêa, H. de, L'hérédité des gliomes de la rétine 117.
Graupner, R., Multiple Neurome im Kindesalter 104.
Griffith, J. P. G., Amyotonia congenita 293.
Grön, Kr., Ecthyma gangraenosum 161.
Grosser, P. u. Betke, R., Mors subita infantum und Epithelkörperchen 59.
— u. —, Epithelkörperchenuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Tetania infantum 370.
— u. **Dessauer, A.**, Diagnostische Bedeutung fühlbarer Kubitaldrüsen 379.
Gruss, J., Zwei Fälle von fötalem Aszites 474.

Haas, S. V., Disturbed function of the thyroid glande 476.
Haberfeld, Die Epithelkörperchen bei Tetanie und bei einigen anderen Erkrankungen 347.
— u. **Spieler, F.**, Zur diffusen Hirn-Rückenmarkssklerose im Kindesalter 110.
Hagenbach-Burckhardt, E., Die heutigen Bestrebungen der Säuglingsfürsorge in der Schweiz, speziell in Basel 373.
Hager, Kombinationen der subkutanen Tuberkulinbehandlung mit der internen Tuberkulindarreichung 67.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hahn, J., Zur Dosierung der Medikamente im Kindesalter 26.
Halberstadt, R., Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch 369.
Hamburger, Fr., Phimosenbehandlung im frühen Kindesalter 60.
— Arterienrigidität im Kindesalter 230.
— Zur praktischen Diagnostik der Kinderpleuritis 420.
v. Hansemann, D., Ungewöhnlicher Fall von Lungensyphilis 227.
Hanssen, Zur Kenntnis der Gefahren hydrotherapeutischer Prozeduren für den Säugling 231.
Harras, P. u. Suchier, W., Angiom der Parotis 299.
Harries, E. H. R., A note on some cases of grouped Comedones in infants 319.
Hartmann, K., Fraktur des kindlichen Schädels bei spontaner Geburt 191.
Hartwig, G., Über den Einfluß einer chronischen Infektionskrankheit auf den Verlauf der Anaemia splenica infantum 18.
Haushalter, P., Purpura subaigu et tuberculose 315.
Hecker, R., Zytologische und klinische Beobachtungen während der Maserninkubation 453.
Hegner, Histologie der experimentell erzeugten Einschlußkonjunktivitis 389.
Heidemann, M., Gewichtsschwankungen Neugeborener mit besonderer Berücksichtigung der Resultate bei vierstündlichem Anlegen 310.
Helle, Zur chirurgischen Behandlung der Spina bifida mit Hydrozephalus 135.
Heim u. John, Beitrag zur Theorie des Salzfiebers 95.
— u. —, Pyrogene und hypdropigene Eigenschaften der physiologischen Salzlösung. Die Bedeutung der Exsikkation 147.
— u. —, Das alimentäre Fieber 298.
Helbich, H., Bedeutung der Molkenreduktion für die Ernährung junger Säuglinge 53.
— Bedeutung der Kohlehydrate bei fettreicher Nahrung 176.
Herbst, O., Leukämie mit Schädeltumoren bei einem einjährigen Kinde 295.
v. Herff, O., Sophol gegen Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 16.
Hermann, Ch., The treatment of enuresis by reeducation 356.
Herz, R. u. Thomsen, O., Untersuchung der skrofulösen Kinder des Küsthospitales mit den Reaktionen von Pirquet und Wassermann 244. 262.
Herxheimer, G. u. Reinke, F., Üer den Einfluß des Ehrlich-Hataschen Mittels auf die Spirochäten bei kongenitaler Syphilis 12.
Heubner, O. u. Heubner, W., Zur Lehre von der energetischen Bestimmung des Nahrungsbedarfs beim Säugling 92.
Hildebrandt, A., Verpflanzung des M. biceps femoris zur Hebung pathologischer Außenrotation des Oberschenkels bei spinaler Kinderlähmung 108.
—, **W.**, Das klinische Verhalten der Leber bei Scharlach 138.
Hirsch, Tödliche Bleivergiftung eines 2jährigen Kindes, verursacht durch habituelles Lutschen an der Bettstelle 13.
— Zur Kasuistik des Morbus Recklinghausen im Kindesalter 391.
Hochheim, Mißbräuchlicher Genuß von Aperitoltabletten 470.
Hodgson, A. E., The administration of thyroid gland substance upon serum rash and serum sickness in diphtheria 391.
Höfer, A. P., Intrazelluläre Einschlußkörper bei Scarlatina 414.
Hoeniger, E., Ephemere traumatische Glykosurie bei Neugeborenen 300.
Hoffa, Th., Erfolge der Anstaltspflege von gesunden und kranken Säuglingen 149.
Hohn, Der Befund der Lumbalflüssigkeit bei tuberbulöser Meningitis 334.
Holt, L. E., Hemonway, J. u. Wollstein, M., Observations upon 300 cases of Acute Meningitis in Infants and Young Children 279.
Hutchinson, J. R., Arsenvergiftung durch arsenhaltiges Konfekt 36.

Ibrahim, J., Verwendbarkeit des Urotropins zur Behandlung der serösen und eitrigen Meningitis 107.
— Eine Soormykose der Haut im frühen Säuglingsalter 368.
— Zur Technik der Photographie von Krankheitserscheinungen im Kindesalter 424.
Japha, A., Anwendung rhythmischer Herzkompressen beim Wegbleiben der Kinder und ähnlichen Zuständen 96.
— Augenhintergrundsbefunde bei hereditärer Syphilis 301.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jeanbrau, Incontinence d'urine guérie par l'acidification 118.
Jemma, R., Über die durch Leishmansche Parasiten hervorgerufene Anaemia splenica der Kinder 41.
Jesionek, Salvarsanmilch 379.
Joachimsthal, Über angeborene Wirbelanomalien als Ursache von Rückgratsverkrümmungen 10.
Joedicke, P., Kombinierte Arsen-Eisen-Bromtherapie der Epilepsie 153.
Jörgensen, G., Bedeutung von pathologisch-anatomischen Veränderungen der Glandulae parathyreoideae für die Pathogenese der infantilen Tetanie 161.
de Jong, R. u. Muskens, C. M. L., Megacolon congenitum 79.
Jovane, A. u. Vaglio, R., Tetanie und Nebenschilddrüseninsuffizienz 280.

Kalb, R., Über die Einwirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols auf die Lues der Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis congenita 25.
Kappel, J., Behandlung der Syphilis mit Pyozyanase 242.
Karasawa, M. u. Schick, B., Untersuchungen über den Gehalt menschlichen Serums an Schutzkörpern gegen Diphtherietoxin 173.
Kartje, E., Akroasphyxie im Kindesalter 49.
Kaspar, F., Fall von Säuglingstyphus mit einer selteneren Komplikation 457.
Kaupe, W., Der Blutdruck im Kindesalter 95.
Kayser, C., Über Nachkrankheiten und wiederholte Erkrankungen bei Diphtherie 186.
Kehrer, E., Kongenitale Defekte am Schädel infolge amniotischer Verwachsungen 429.
Kern, H., Umbau der Nebenniere im extrauterinen Leben 374.
Kevàcs, A., Die spasmophile Diathese 397.
Kielhorn, Straffälligkeit der geistig Minderwertigen 70.
Kirchheim, Wirkung und Dosierung des Adrenalins bei subkutaner Injektion 188.
Kirmisson, Volumineuse hernie sus-ombilicale congénitale renfermant la pointe du coeur 118.
Klausner, E., Über Lingua geographica hereditaria 24.
Kleinschmidt, H., Hirschsprungsche Krankheit unter dem Bilde unstillbaren Erbrechens 225.
— Einfluß der Hitze auf den Säuglingsorganismus 296.
Klose, Über den Sommertod der Säuglinge 54.
— Perlsuchtreaktion nach Pirquet 129.
—, **H.**, Neuere Thymusforschungen und ihre Bedeutung für die Kinderheilkunde 367.
Klotz, Erfahrungen über die therapeutische Verwendung von Bolus alba und Kohlensäureschnee 100.
Koch, G., Über perniziöse Anämie und extramedulläre Blutbildung im Säuglingsalter 6.
—, **W.**, Über bedrohliche Zufälle bei Anwendung von Mentholpräparaten im Säuglingsalter 16.
Koeppe, H., Über Merkblätter 257.
Kokall, H., Scharlach und dessen Weiterverbreitung 155.
Kramsztyk, S., Bakteriengehalt der Säuglingsfäzes 255.
Krasnogorski, N., Störungen des Wasserhaushaltes bei Säuglingen 175.
Krauss, H., Zur Therapie der Hämophilie 105.
Kretschmer, M., Beitrag zur Bekämpfung der Bazillenpersistenz bei Diphtherierekonvaleszenten 180.
Kröber, E., Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Idiotie 466.
Krumbein, F. u. Tomarkin, E., Neuere Erfahrungen über die Anwendungsweise des Diphtherieheilserums 275.
Krusius, Schielen und Gesamtveranlagung 427.
Kudisch, W., Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum 82.
Kümmel, Beitrag zur Bedeutung der Wassermannschen Reaktion und der diagnostischen Alttuberkulininjektion für die Erkenntnis der Ätiologie der Keratitis parenchymatosa 154.
Kuh, R., Die kongenitalen Luxationen des Kniegelenks 475.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kuhlemann, Schwere peritonitische Entzündungserscheinungen durch Bandwurm 66.
Kutoirt, Über das Gehör Neugeborener und Säuglinge 430.

Lade, O., Über Diphtherie als Komplikation von Masern 7.
— Studien über Azidität des Urins mit experimentellen Beiträgen aus dem Säuglingsalter 408.
Laffont, A., Paludisme congénital et paludisme héréditaire 316.
Lardouzy u. **Laederich**, Des affections cardio-vasculaires congénitales hérédo-syphilitiques 277.
Landsteiner u. **Levaditi**, Transmission de la scarlatine aux chimpanzés 352. 392.
Langaker, Th., 7 Todesfälle von Diabetes mellitus bei Kindern, wovon 5 bei Geschwistern 161. 226.
Lange, J., Zur Prophylaxe und Therapie des Scharlachs 332.
Langer, J., Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida Schaudinn in den Vakzinen bei kongenital-syphilitischen Kindern 16.
Langes, E., Salvarsantherapie bei Schwangeren und Wöchnerinnen 344.
Langstein, L., Zur Kenntnis eosinophiler Darmkrisen im Säuglingsalter 304.
—, u. **Niemann, A.**, Beitrag zur Kenntnis der Stoffwechselvorgänge in den ersten 14 Lebenstagen normaler und frühgeborener Säuglinge 91.
Laquerrière et **Decherm**, Diminution de la pose en radiologie par les écrans renforçateurs 199.
Lateiner, M., Über den biologischen Bau und die bazilläre Ätiologie des sogen. papulösen Tuberkulids des Säuglings 369.
Lauritzen, M., Behandlung des Diabetes bei Kindern 80.
Lawatschek, R., Fall von Hämotomyelie mit kompletter Leitungsunterbrechung bei einem Neugeborenen mit viermonatlicher Lebensdauer 452.
Leahy, S. R., The Routine Treatment of Diphtheria, Scarlet Fever and Measles 156.
Lebègue. Essai sur les anomalies et maladies congénitales des voies lacrymales 116.
Lederer, Angeborene membranöse Verengerung der Pars prostatica urethrae 388.
Leede, C., Hautblutungen durch Stauung hervorgerufen als diagnostisches Hilfsmittel beim Scharlach 264.
Leopold, J. S., Wirkung der verschiedenen Zuckerarten bei ernährungsgestörten Säuglingen 256.
Lesage et **Collin**, Résistance à la fatigue chez l'enfant au-dessous de deux ans et demi 395.
Lesieur, Neuer Fall von Nephrotyphus 317.
Levaditi, C. u. **Stenosco, V.**, Paralysie faciale provoquée chez le singe par le virus de la poliomyélite aiguë 75.
Levy, E., Ätzwirkung des am Verdunsten gehinderten Benzins 261.
— Beitrag zur Frage des Impfschutzes 298.
van Lint, Mouvements de la paupière supérieure associés aux mouvements de mastication 201.
Lion, M., Arsenocerebrin, ein spezifisches Heilmittel gegen Epilepsie 419.
Ljaschenko, M., Honthin bei Magendarmkatarrh der Säuglinge 396.
Longo, A., Kalk und Spasmophilie 479.
Loumeau, E., Calcul vésical de cystine chez un enfant de deux ans 199.
Lust, F., Viskosität des Blutes beim gesunden und kranken Säugling 293.
Lutz. Drei weitere Fälle von angeborener abnormaler Bewegung des Oberlides 269.
— Familie mit hereditärer familiärer Chorio-Retinitis 430.

Machado, V., Studium des Genitalausflusses der Kinder 41.
Magnus, G., Nebennierenblutungen beim Neugeborenen 378.
Maher, S. J., Ist die Purpura haemorrhagica durch den Kolibazillus verursacht? 157.
Maier, G., Koprostase-Appendizitis 336.
Marfan, A. B., Le gros ventre flasques des nourrissons 432.
Marie, P. L. u. **Carnot**, Purpura fulminans mit Parameningokokkenseptikämie 393.
Markuson, W. et **Agopoff, W.**, De la valeur des injections préventives du sérum antidiphthérique 315.
Maune, A., La chancre syphilitique chez l'enfant 116.
Mayerhofer, E., Über den klinischen Wert der neuen G. Goldschmidtschen Glukuronsäurereaktion für die Beschreibung des Harns der Säuglinge 297.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mayerhofer, E., Über die günstige therapeutische Beeinflussung eines chronischen Falles von schwerer Chorea minor im Kindesalter durch Salvarsan 390.
v. Mayersbach, L., Fall von gleichzeitiger Entzündung des Blinddarms und des Meckelschen Divertikels 112.
Mayr, A., Zur Beurteilung des Rumpel-Leedeschen Scharlachphänomens 423.
Medowikoff, P., Fall von Mongolismus 243.
— Zur Frage von der Bedeutung der Bakterien im Intestinaltraktus. Infektion und Sterilisation desselben 294.
— Zur Frage von der Verminderung der bakteriziden Kraft des Dünndarms unter Einwirkung einiger innerer und äußerer Agentien 409.
Meissner, Gleichzeitige Erkrankung an Scharlach und Abdominaltyphus 306.
Melchior, E., Autoptisch verifizierter Fall von tuberkulösem Gelenkrheumatismus 269.
Mendez, Orbitalzyste, von versprengter Schleimhaut ausgehend 70.
Menier, M., Akute retropharyngeale Abszesse bei Kindern 192.
Menschikoff, N., Zur Frage der Buttermilchernährung des Säuglings 297.
Merkel, H., Trauma und Meningitis 465.
v. Mettenheimer, H., Zur kalorimetrischen Bewertung der Säuglingsnahrung 105.
Meusburger, Fall von Duodenumatresie in Kombination mit Defekt des mittleren Ösophagus und des untersten Rektum 189.
Meyer, Eisensajodin in seiner rhino-laryngologischen Verwendung 13.
— Nasale Fortsätze hypertrophischer Rachenmandeln 154.
— Dyplasie der Leber oder juvenile Zirrhose 388.
—, **L.**, Zur chirurgischen Behandlung der angeborenen Trichterbrust 461.
—, **L. F.**, Zur Behandlung der akuten und chronischen Darmkatarrhe im Kindesalter 308.
—, **M.**, Über die Heine-Medinsche Krankheit 453.
Michalsky, Beitrag zur Atemgymnastik 70.
Minet, J., La formule hématologique de l'hérédosyphilis 77.
Moro, E., Dermatitis fibrinosa faciei 264.
— u. **Kolb, L.**, Das Schicksal von Ekzemkindern 295.
Morse, J. L., A study of the value of Brudzinskis „Neck Sign" and of the contralateral reflex in the diagnosis of meningitis in infancy and childhood 278.
Moussons, A., Anasarque chez une fillette de trois ans et demi 436.
Müller, E. u. **Seligmann, E.**, Klinische und bakteriologische Beobachtungen bei Säuglingsgrippe 461.
Murphy, J. B., Removal of an embolus from the common iliac artery with reestablishement of circulation in the femoral 36.

Nakaizumi, Sehnervenabszeß und Stauungspapille infolge Meningitis 25.
Nestor, N. J. u. **Frl. Coroneanu, L.**, Die Rolle der Keimträger in der Pathogenie und Prophylaxis des typhösen Fiebers 353.
Netter, A., Efficacité du chlorure de calcium comme moyen préventif des éruptions après injection sous-cutanée de sérum; effets moins satisfaisants dans les injections intraarachnoïdiennes 201.
— u. **Levaditi, C.**, Action microbicide exercée par le sérum des malades atteints de paralysie infantile sur le virus de la poliomyélite aiguë 76.
—, **Gendron, A.** u. **Touraine**, Sérothérapie de la poliomyélite antérieure aiguë 353.
Neuhof, S., An Epidemic of Noma 156.
Neumann, H., Das „schwere Zahnen" als Maßstab der kinderärztlichen Kenntnisse 373.
Neumark, K., Über das Verhalten der Leukozyten bei Masern 6.
Neurath, R., Bedeutung der Kalksalze für den Organismus des Kindes unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen 94.
— Abdominelle, auf Pankreatitis hinweisende Symptome bei Mumps 314.
Nicolaescu, V. S. u. **Nestor, N. J.**, Die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin in der Schule 117.
Nobécourt u. **Tixier**, Behandlung der angeborenen Hämophilie und der Purpura mit Injektionen von Pepton Witte 435.
Nothmann, H., Erfahrungen mit der v. Pirquetschen Kutan- und der Stichreaktion 7.
— Zur Frage des Kochsalzfiebers beim Säugling 150.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Obermüller, H., Konservative Behandlung der akuten Mittelohrentzündung 467.
D'Oelsnitz, Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus 393.
Örum, H. P. T. u. **Bahr, L.**, Untersuchungen über die Ätiologie der Kindercholerine 279.
Oliari, A., Rachitis und Spasmophilie 41.
Oppenheim, M., Über einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis 474.
Oroison, Incontinence d'urine due à un Spina bifida et guérie par une injection de sérum cocaïné dans la poche 392.
Ostrowski, St., Über Anaemia splenica infantum 328.

Pacchioni, D., Über die Pathogenese des Icterus neonatorum 478.
Paisseau u. **Voisin**, Séquelles psychiques de la méningite cérébrospinale épidémique 37.
Pannwitz, K., Die zurzeit herrschenden Anschauungen über Kindertuberkulose 388.
Pap, M., Geheilter Fall von idiopathischem Hydrocephalus acutus internus mit Erblindung beider Augen 275.
Pastia, C., Le signe du pli du coude dans la scarlatine 241.
Pawlowska, R., Zur Epidemiologie der Diphtherie 162.
Pechowitsch, G., Einfluß der Kriechübungen auf die lordotische Albuminurie 55.
Pechstein, H., Über Ausscheidung der Magenfermente im Säuglingsdarm 330.
Peiser, J., Zur Kenntnis der Behandlung kongenitaler Syphilis beim Säugling durch Injektion von Ehrlich 606 bei der stillenden Mutter 185.
Péhu, M., Note sur la topographie périvasculaire de la tuberculose intestinale 198.
— et **Porcher, Ch.**, De l'emploi habituel du lactose dans l'alimentation du nourrisson 240.
Pekal, M. u. **Tezner, E.**, Untersuchungen über die Herzfunktion an einem Fall von Ectopia cordis congenita 174.
Pel, P. K., Tabakspsychose bei 13jährigem Knaben 261.
Peritz, G., Enuresis nocturna und Spina bifida occulta (Myelodysplasie) 458.
Peters, Zur Kenntnis der kongenitalen Hornhauttrübungen 430.
Pexa, V., Experimenteller Beitrag zur Forschung über die Tetanie des Kindesalters 147.
Pies, W., Über Dauer, Größe und Verlauf der physiologischen Abnahme 328.
Piesen, L., Schulhygienische Bedeutung der lordotischen Albuminurie 193.
Pimenoff, P., Das Marpmannsche Serum als prophylaktisches und Heilmittel bei Scharlach 479.
Pincherle, M., Zwei Fälle von Atresia analis; klinische Beobachtungen und Untersuchungen über die Darmflora 478.
v. Pirquet, C., Die Doppelreaktion bei der Kuhpockenimpfung 342.
Placzek, Die Wassermannsche Probe als Hilfsmittel der forensisch-psychiatrischen Beurteilung; Schwachsinn; sexuelle Delikte 306.
Plouchu u. **Rendu**, Hypertrophie et suppuration du thymus chez un nourrisson mort subitement 37.
— u. —, Fall von angeborenem blauen Mongolenfleck 38.
— u. —, Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation 433.
Pollak, L., Beitrag zur Kenntnis der Myatonia congenita 50.
Pollàk, W., Fall von Hautdiphtherie 242.
Poly, Klinische und experimentelle Erfahrungen über den Einfluß des Wasserstoffsuperoxyds auf Hyperchlorhydrid und auf die Magensaftsekretion 268.
Poncet, A. et **Leriche, R.**, Scoliose d'origine tuberculeuse 74.
Ponticaccia, M., Jodtinktur bei Behandlung des Typhus 357.
Porcelli, P., Über die chemische Natur des Fettes der Frauenmilch und über den Einfluß von niedermolekularen Fetten bei der Bildung der Fette im Organismus 397.
Potpeschnigg, K., Beobachtungen und Untersuchungsergebnisse aus der steiermärkischen Poliomyelitisepidemie im Jahre 1909 327.
Preisich, K., Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter 237.
Prochownik, Tödlich verlaufener Fall von Naphthalinvergiftung 427.
Proskauer, F., Erdkaligehalt des Säuglingsblutes bei Ernährungsstörungen 147.
Pudor, Schulgärten und Kindergarten 23.
Pürckhauer, R., Ein Nachteil der Jodbenzindesinfektion 64.
— Zur Lehre vom Pektoralisdefekt und Schulterhochstand 267.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pürckhauer, R., Die Torsion der Unterschenkelknochen bei angeborenen Klumpfüßen und ihre Heilung 304.
— Zur Frage der poliomyelitischen Lähmungen 380.
Purtscher, A., Einseitige komplette Okulomotoriuslähmung 272.

Raecke, Jugendfürsorge im Staate New York 190.
Railliet, G., Les vers intestinaux dans la pathologie infantile 434.
Ramacci, A., Kalkgehalt der Frauenmilch 160.
— D,r Kalkstoffwechsel in einem Falle von Chorea 280.
Ranke K. E., Diagnose und Epidemiologie der Lungentuberkulose des Kindes 293.
Raymond, F. et Claude, H., Les tumeurs de la glande pinéale chez l'enfant 317.
Raysky, Experimenteller Beitrag zur Chloroformwirkung auf Mutter und Fötus 191.
Reitsch, Persistente Ringtrübung nach Keratitis parenchymatosa centralis annularis 430.
Réthi, L., Über Septumoperationen im jugendlichen Alter 72.
Retzlaff, O., Sepsis nach Varizellen 149.
Ribeiro de Costro, Menstruation und Stillgeschäft 243.
Richter, J. u. Buttermilch, W., Säuglingsernährung bei akuten alimentären Störungen 97.
Riedel, Behandlung der mit Wolfsrachen komplizierten einseitigen Hasenscharten 189.
Rietschel, H., Sommerhitze, Wohnungstemperatur und Säuglingssterblichkeit 371.
Rinne, E., Beitrag zur Geschichte des Jugendirreseins 238.
Risel, H., Säuglingssterblichkeit und Außentemperatur im Winter 150.
Roccavilla, Das Knochenmark bei Rachitis 438.
Roeder, H., Wärmemessung der trinkfertigen Säuglingsnahrung 344.
— Physiologisches zur Frage der Wärmemessung der trinkfertigen Säuglingsnahrung 452.
Römer, P. H., Über eine der Kinderlähmung des Menschen sehr ähnliche Erkrankung des Meerschweines 416.
— u. **Joseph, K.**, Experimente zur Poliomyelitisfrage 187.
Röthler, G., Fall von Buhlscher Krankheit 301.
Rohmer, P., Tuberkulose und Tuberkulintherapie im Säuglings- und frühen Kindesalter 368. 453.
Rolleston, J. D., Herpes facialis in scarlet fever 78.
— Malignant Diphtheria with multiple lesions in an infant 116.
— Inherited syphilis and blue sclerotics 391.
Rollet, L., Poliklinische Erfahrungen über Ernährung mit Eiweißmilch 335.
Rosenhaupt, H., Frühzeitige Zahnung 410.
Rosenstern, J., Kalzium und Spasmophilie 93.
Roth, O., Zytologische Blutuntersuchungen bei Scharlach 307.
Rothe, Untersuchungen über tuberkulöse Infektion im Kindesalter 260.
Rott, F., Beitrag zur Wesenserklärung der physiologischen Gewichtsabnahme des Neugeborenen 94.
Roussy, G. u. Clunet, J., Intégrité des parathyréoïdes dans la myxoedème congénital par agénésie du corps thyréoïde 76.
Rovere, G., Bedeutung der mit Tuberkulin an der Konjunktiva von Kindern erzeugten Überempfindlichkeit 438.
Rudnitzky, Palpation des Wurmfortsatzes 268.
Ruediger, E., Ein durch Toxinresorption bedingtes Hauterythem bei Bronchiektasien 368.
v. Rundstedt, Über Melaena vera neonatorum 270.
Rupp, A., Fall von persistierendem Ductus omphaloentericus 189.
Rupprecht, Straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit 339.

Sack, H., Operative Behandlung des Mastdarmvorfalles bei Kindern 468.
Safranek, J., Seltener Fall von Anosmie 378.
Salge, B., Die physikalischen Erscheinungen des Blutes beim gesunden und kranken Säugling. I. Der osmotische Druck 177.
Salzer, H., Blinddarmentzündung beim Kinde 350.
Samelson, S., Beitrag zur Physiologie der Ernährung von frühgeborenen Kindern 413.
Sassenhagen, M., Die biologischen Eigenschaften der Kolostral- und Mastitismilch 51.

Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Schabad, J. A., Der Kalkstoffwechsel bei Rachitis 50.
— Phosphorstoffwechsel bei Rachitis 148.
— Bemerkungen zu der Arbeit: Untersuchungen über den Einfluß des Phosphorlebertrans auf den Stoffwechsel eines rachitischen Säuglings 455.
— u. **Sorochowitsch**, Lipanin als Ersatzmittel für Fischlebertran bei Rachitis 396. 458.
Schanz, A., Orthopädische Behandlung der Fußgelenkstuberkulose 139.
Scheible, H., Stamm- und Hauttemperaturen bei Säuglingen 414.
Schenk, F., Übergang der Anaphylaxie von Vater und Mutter auf das Kind 139.
Schern, K., Säurebestimmung und die Labhemmprobe der Milch 333.
Schick, B., Über ein durch Trauma auslösbares postskarlatinöses Exanthem 5.
Schiller, A., Zur Frage der Krampfanfälle während des Keuchhustens 106.
— Zur Pathologie und Therapie der laktierenden Mamma 410.
Schloss, E., Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter 176.
— Die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch auf Grund von Analysen 411.
Schlossmann, A., Die Reichsmilchflasche 9.
— Der Philosoph Favorinus als Vorkämpfer für die natürliche Säuglingsernährung 54.
— Entstehung des angeborenen muskulären Schiefhalses 331.
Schmey, F., Eigenartiger Fall von Purpura mit tödlicher Gehirnblutung 226.
Schmidt, M. B., Die Bedeutung der Knorpelmarkkanäle für die Systemerkrankungen des wachsenden Skeletts 32.
—, **W.**, Bantische Krankheit bei hereditärer Lues und ihre Behandlung mit Salvarsan 305.
Schneider, V. P., Polyposis intestinals beim Kinde 49.
Schoeler, F., Zweckmäßige Art der Anwendung der Blenolenizetsalbe 379.
Schreiber, R.. Syndaktyliebehandlung 387.
Schürmann, F., Bedeutung der deutschen Lungenheilstätten für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit 471.
Schulthess, W., Schule und Rückgratsverkrümmung 34.
Schulze, W., Verwertbarkeit der subkutanen Thoraxlymphdrüsen für die Diagnose der Lungentuberkulose 188.
Scott, C. D., Report of Two Cases of Tetanus following Vaccination 116.
Seidel, H., Fremdkörperextraktion aus der Lunge 103.
Seiffert, Wie weit ist die Mithilfe des Psychiaters in der Fürsorgeerziehung notwendig, und wie weit können Pädagogen und Psychiater miteinander an minderwertigen und psychopathischen Fürsorgezöglingen arbeiten? 236.
Seiler, F., Untersuchung der Magenfunktionen der Kinder mittels Probefrühstück 409.
Selter, H., Der Stand der Schularztfrage 151.
Sequeira, J. H., Über vier mit „606" behandelte Fälle von hereditärer Syphilis 319.
— Two cases of fronto-nasal Morphaea with remarks 356.
Sheffield, H. B., Malignant Tumors of the Kidney in Children 477.
Sicard, Foix u. Salin, Réactions du liquide céphalo-rachidien au cours de la pachyméningite pottique 198.
Siegert, F., Die Eiweißmilch und die verschiedenen Vorschriften für ihre Anwendung 339.
Silbermann, R., Zur Kasuistik der Essigsäurevergiftung 311.
Silberstern, M., Gesundheitsverhältnisse der Jugendblinden und eine eigenartige Krankheitsform (Nierenaffektion familiär Amaurotischer) 475.
Simon, G., Zur Influenzameningitis 371.
—, **R.**, De quelques effets tardifs des modes d'allaitement 276.
—, **S.**, Zur Stickstoffverteilung im Urin des Neugeborenen 412.
Sloan, A. B., Serum-Anaphylaxis: a case illustrating its possible gravisty 477.
van d. Sluys, W., Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter und bei Erwachsenen 469.
Sörensen, Zur Wertschätzung der Pyozyanasebehandlung bei der Persistenz der Diphtheriebazillen 305.
— Retourfälle bei Diphtherie 306.
Spindler, W., Wirkungen des Podophyllotoxins bei chronischen Verstopfungen und Darmautointoxikationen der Kinder 358.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ssuchanow, S., Dementia praecox und Syphilis 40.
Stadelmann, H., Kinderfehler in Schule und Haus als Frühzeichen der konstitutionellen Epilepsie 143.
Stargardter, J., Über Polyarthritis chronica progressiva primitiva im Kindesalter 8.
Steinitz, F. u. **Weigert, R.**, Stoffwechselversuch an Säuglingen mit exsudativer Diathese 226.
Stern, A., Behandlung verkümmerter, hohler und wunder Brustwarzen 423.
—, **R.**, Klinische Studien über die Zukunft nervenkranker Kinder mit spinalen und zerebralen Lähmungen 471.
—, **W.**, Kinder und Jugendliche als Zeugen 69.
Stieda, A., Beiträge zur freien Knochenplastik 235.
Stock, E., Fall von hochgradiger Lipämie bei juvenilem Diabetes 351.
Stoeltzner, W., Hypothyreoidie im Kindesalter 92.
Strempel, Ein Fall von irreponibler Luxation des Zeigefingers im Metacarpo-Phalangealgelenk 16.
Stuhl, C., Stumpfe Behandlung der Phimose im Kindesalter 134.
Stumpf, R., Icterus neonatorum und Nabeleiterung 114.
Sugár, M., Fall von nicht hysterischer periodischer Lähmung 72.
Sulzer, Subperiostale Diaphysenresektion bei Ostitis acuta purulenta fibulae 464.
Sutherland, G. A. u. **Burghard, F. F.**, Splenektomie wegen Anaemia splenica 278.
Spillmann u. **Hanns**, Das abdominale Syndrom der Purpura rheumatica 277.
v. Szontagh, F., Zur Frage der Kontagiosität des Scharlachfiebers 149.
— Kalomel als Diureticum 369.

Teissier, J., Nouvelles Recherches sur la sérothérapie les néphritis 159.
—, **P.** u. **Bénard, R.**, Sur la résistence globulaire dans la scarlatine avec troubles hépatiques 76.
Thiemich u. **Hoppe, J.**, Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie 103.
Thom, V., Beitrag zur Gelenkmobilisation (Interposition eines frei transplantierten Faszienstreifens bei knöcherner Ankylose des Ellbogengelenks) 428.
Thomsen, O., **Boas, H.**, **Hjort, R.** u. **Leschly, W.**, Untersuchungen der Schwachsinnigen, Epileptiker, Blinden und Taubstummen Dänemarks mit Wassermanns Reaktion 336.
Tobias, Beitrag zur Vererbungsmöglichkeit erworbener Augendefekte 473.
Tobler, L. u. **Noll, F.**, Zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels beim gesunden Brustkind 54.
Toporski, F., Über angeborene Stenose des Pylorus bei Säuglingen infolge von Entwicklungsstörungen des Darmkanals 174.
v. Torday, F., Behandlung der Lues congenita mit Arsenobenzol 357.
Towles, C., Untersuchungen über den Einfluß des Phosphorlebertrans auf den Stoffwechsel eines rachitischen Säuglings 330.
Triboulet, H., La recherche du sang dans les selles, notament au cours et au decours du purpura et des vomissements périodiques avec acétonémie 242.
— u. **Ribadeau-Dumas, L.**, Ostéopériostitis nodulaires symétriques des os plats du crane chez les nourrissons tuberculeux 38.
Trinci, U., Die akute eitrige Gelenkentzündung der Säuglinge 79.
Tscheboksaroff, M., Beiträge zur Frage über den Einfluß des Diphtherietoxins auf die sekretorische Funktion der Nebenniere 378.
Tuttle, G. M., Rumination or Merycism in children 115.
— Graves Disease in children 116.

Uffenheimer, A., Zwei Jahre offene Säuglingsfürsorge 267.
— u. **Takeno, Y.**, Nachweis des Kaseins in den sogen. Kaseinbröckeln des Säuglingsstuhls mit Hilfe der biologischen Methodik, insbesondere der Anaphylaxie 413.
Unna u. **Golodetz**, Neue Untersuchungen über Vernix caseosa 271.

Vargas, M., Neues Zeichen der Tibiafraktur bei Kindern 161.
Vassmer, Über Melaena neonatorum 270.
Vidal, Häusliche Überwachung der Säuglinge im Winter 257.
— Wirksamste Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 342.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

De Villa, S., Biologische Diagnose latenter Eiteransammlungen bei Kindern 160.
Visco, F., Extrasystole bei Kindern 438.
Voemel, Neuer Nabelverband für Neugeborene 310.
Voronoff, S., Tuberculome hypertrophique du caecum 355.

Walcher, G., Weitere Erfahrung in der willkürlichen Beeinflussung der Form des kindlichen Schädels 230.
— Auf welche Weise vermögen wir den Frauen ihre Stillfähigkeit wieder zurückzuerobern? 473.
Wallerstein, P. S., Diagnostischer Wert der v. Pirquetschen Reaktion und die Behandlung mit Tuberkulinkutanimpfungen 262.
Wallich u. Simon, R., Influence du mode d'allaitement du nourrisson sur le développement définitif de la taille 241.
Wanietschek, E., Bemerkenswerte Fälle von Meningitis 275.
Weber, H., Über die „spastische Hüftluxation" und die Veränderungen des Hüftgelenks bei spastischen Zuständen der unteren Extremitäten 340.
—, **W.**, Zur Kasuistik der angeborenen Atresie des Duodenums 21.
Weiss, L., Zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffekts an der behaarten Kopfhaut 334.
—, **S.**, Influenza bei Säuglingen 65.
— u. **Brudny, V.**, Sterilac, Apparat zur aseptischen Milchgewinnung, Dauerkühlung und Bereitung von Säuglingsmilch-Modifikationen 453.
Welde, E., Erfahrungen mit Eiweißmilch 231.
— Fall von Erythrodermia desquamativa 254.
Wernstedt, W., Zur Kenntnis der physiologischen Schwankungen des Leukozytengehaltes im Blut der Brustkinder 175.
— Pertussis bzw. pertussisähnlicher Husten und spasmophile Diathese 175.
— Zur Frage der Kuhmilchidiosynkrasie im Säuglingsalter 176.
Wicherkiewicz, Seltener Fall von Anophthalmus congenitus mit Lidzysten 112.
Wichura, M., Zur Toleranz des Säuglings gegen Morphium 465.
Wickmann, J., Akute Poliomyelitis und Polyneuritis 190.
— Größere Serumdosen bei Diphtherie 255.
Wiedemann, O., Diagnostische Bedeutung der v. Pirquetschen Reaktion bei chirurgischer Tuberkulose 439.
Wieting, Angeborener vollkommener Zahnmangel 300.
Wilkens, H., Subkutanes Emphysem bei einem Neugeborenen 318.
Wolfensohn-Kriss, P., Über den Blutdruck im Kindesalter 49.
Wolff, Beitrag zur Bekämpfung der Diphtherie 347.
Wolfrum, Über die dem Trachom des Erwachsenen analoge Bindehauterkrankung des Neugeborenen 463.
Wrede, L., Zur Kasuistik und Ätiologie der angeborenen erblichen Kniescheibenverrenkung 178.
Wyss, O., Wirksamkeit des Cycloform als Anästheticum bei Affektionen des Magen-Darmtraktes 236.

Zoepffel, H., Über die anatomischen Verhältnisse des Darmes beim echten Megakolon gegenüber dem Pseudomegakolon 189.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft, Berliner orthopädische 282.
— für Kinderheilkunde, Münchener 251. 281. 404.
— naturwissenschaftlich-medizinische in Jena 323.
— medizinische, in Göttingen 360.
— für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 84. 204. 245. 398. 440.
— der Ärzte in Lodz, pädiatrische Sektion 46. 85. 121.
Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau 162.
— Dänische pädiatrische 164.
Konferenz, 9. Internationale Tuberkulose- 122.
Kongreß, Internationaler, für Säuglingsschutz 480.
Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 42. 165. 208. 249. 321. 400. 441.
— der Ärzte in Halle 283.
— für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg 322.
Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte 444.
Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte 44. 87. 483.
— (IX.) des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und Versammlung (III.) der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands 358.
— (38.) des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 481.

Neue Bücher.

Bandelier u. Roepke, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose 167.
— u. —, Die Klinik der Tuberkulose 167.
Berwald, Kompendium der Kinderheilkunde 405.
Berchgrevink, O., Die Hernien und ihre Behandlung 326.
Brandweiner, A., Die Hautkrankheiten des Kindesalters 47.
Claparède, Kinderpsychologie und experimentelle Pädagogik 362.
Dannemann, Schober u. Schultze, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik 291. 325.
Ellis, H., Geschlecht und Gesellschaft 47. 405.
Feer, E., Lehrbuch der Kinderheilkunde 363.
Fürstenau, R., Leitfaden der Röntgenphysik 47.
Häberlin, Die Kinderseehospize und die Tuberkulose-Bekämpfung 326.
Hitschmann, E., Freuds Neurosenlehre 363.
Kahane, M., Die Arzneitherapie der Gegenwart 125.
Lange, F. u. Spitzy, H., Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter 89.
Müller, G., Die Orthopädie des praktischen Arztes 125.
Portner, E., Therapeutisches Taschenbuch der Harnkrankheiten 89.
Salge, B., Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis 214.
Scholz, F., Grundriß der Mechanotherapie 47.
Scupin, E. u. G., Bubi im 4. bis 6. Lebensjahre 166.
Sheffield, H. B., Modern Diagnosis and Treatment of Diseases of Children 214.
Sticker, G., Der Keuchhusten 488.
Titchener, E. B., Lehrbuch der Psychologie 404.
Uffenheimer, Säuglings- und Jugendfürsorge 325.
Urbantschitsch, V., Lehrbuch der Ohrenheilkunde 125.
Wohlauer, F., Atlas und Grundriß der Rachitis 214.
Wreschner, A., Das Gedächtnis im Lichte des Experiments 292.
Würtz, A., Säuglingsschutz durch Staat, Gemeinden und Private 89.
Zappert, J., v. Wiesner, R., Leiner, K., Studien über die Heine-Medinsche Krankheit 363.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neue Dissertationen.

126. 214. 326. 405.

Therapeutische Notizen.

288. 448.

Monatschronik.

47. 90. 126. 167. 215. 252. 292. 326. 363. 406. 450. 488.

Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Albin

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**

Angenehm und erfrischend im Geschmack.

Jetzt in **weicher** Consistenz

! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !

Proben und Literatur von

PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

Farbwerke vorm. MEISTFR LUCIUS & BRÜNNIG, Höchst a. M.

PEGNIN

(Milchzucker-Labpräparat)

ist keimfrei und macht die Kuhmilch nach Dr. von Dungerns Verfahren leicht verdaulich.

Die mit Pegnin gelabte Vollmilch wird vom gesunden und kranken Säuglinge ausnahmslos gut vertragen und ermöglicht es, dem Kinde die Nahrung in konzentriertester und außerordentlich leicht verdaulicher Form zu geben.

Pegninmilch bewirkt eine rapide Gewichtszunahme und Hebung der Körperkräfte.

Erprobt bei den schwersten Fällen von Magen- und Darmerkrankungen der Säuglinge, älterer Kinder und Erwachsener.

Proben und Gebrauchsanweisung stehen den Herren Ärzten zu Diensten.

Dürkheimer Maxquelle

Stärkste Arsenquelle Deutschlands

(Arsengeh. 17,4 mgr. As_2O_3 i. l.)

Bestbekömmlichstes aller Arsenwässer von frappanter Heilwirkung.

In der Kinderpraxis außerordentlich gut bewährt.
Das Wasser wird gerne genommen und gut vertragen.

Probequantum, Literatur, Prospekte und Trinkschemata den Herren Ärzten unentgeltlich und franko.

Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Wiesbaden.

Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.

Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.

Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**

Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

„Tussiculin" Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich."

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum

für Studierende und Ärzte.

Von Dr. H. Schmidt, Dr. L. Friedheim, Dr. A. Lamhofer u. Dr. J. Donat.

Zehnte Auflage. VI, 436 Seiten mit Abbildungen. 1911.
Geb. M. 6.—. Gebunden und mit Schreibpapier durchschossen M. 7.—.

Jodglidine

Vollkommener Erſatz für Jodkali. Im allgemeinen keine Nebenwirkungen. Als wirkſames bekömmliches Jodpräparat bewährt bei Arterioſkleroſe, ſekundärer und tertiärer Lues, Angina pectoris, Bronchitis, Aſthma bronchiale, Exſudaten, Skrofuloſe, Augenkrankheiten, Gicht, chron. Gelenksentzündungen.

Chemiſche Fabrik Dr. Klopfer, Dresden.

Die Spezifität der

Odda-K. — Kindernahrung nach **Prof. v. Mering** — liegt, abgesehen vom Gehalt derselben an den Eiweißkörpern und dem Lecithin des Eidotters, vor allem in der **Art des Fettersatzes.**

Das, ähnlich wie in der Frauenmilch, nur spurenweise Vorhandensein der empfindliche und geschwächte Verdauungsorgane nachgewiesenermaßen stark irritierenden Butter-, Capron- etc. Säure und flüchtiger Fettsäuren, unterscheidet die Odda-K. vorteilhaft vor allen Konkurrenzpräparaten bei sonst physiologisch gleichwertiger Beschaffenheit. — Bei den verschiedenartigsten Verdauungsstörungen hat sich unsere Odda-K. ebenso bewährt wie bei Atrophie und Rachitis.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 1,40 Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 0,80 Mk.

Odda-M. R. — für Magenleidende und Rekonvaleszenten — findet

1. **allgemeine Anwendung** überall dort, wo man in leichtest verdaulicher und leichtest assimilierbarer, reizloser Form konzentriert nähren will;
2. **spezielle Anwendung** bei Magen- und Darmleiden, Ulcus ventr., Superaziditäl, Nephritis und salzarmer Diät.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 2,— Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 1,10 Mk.
Kassenpackung = 180 gr. Inh. = 0,75 Mk.

Eisenodda (ca. 1,5% Eisen an N-Stoffe geb.) **vereinigt den Gebrauch eines Eisen- und Nährpräparates** in bekömmlichster, einfachster und billigster Art und Weise.

1/1 Dose = 200 gr. Inh. = 1,90 Mk. 1/2 Dose = 100 gr. Inh. = 0,95 Mk.

Proben und Literatur für die Herren Ärzte kostenfrei.

Gesellschaft Nährmittelwerke Berlin, G. m. b. H., Strehlen, Schl.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin

Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke,
E. Taeschner,
Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Sehr geeignet für Kinder

ANGIER'S EMULSION

Kohlenwasserstofföl mit Hypophosphiten von Kalk und Natron.

„Angier's Emulsion" ist milde, sahnenartig und schmackhaft. Sie mischt sich vollkommen mit anderen Flüssigkeiten und kann sowohl unverdünnt, als auch in Milch oder Wasser dargereicht werden. Sie wird von reizbaren Magen gut vertragen und oft selbst dann zurückbehalten, wenn präparierte Kinder-Nahrung wieder erbrochen wurde. Kinder ziehen sie den Lebertran-Emulsionen vor und nehmen sie im Allgemeinen willig und gerne ein. „Angier's Emulsion" ist mit gutem Erfolg angewandt worden bei Bronchitis, Pertussis, Skrofulose, Rachitis, Anämie, Abzehrung und bei Körperverfall.

Dosis: Kindern gebe man, je nach dem Alter, $^1/_2$ bis 1 Teelöffel, drei- bis viermal täglich. *Säuglingen* einige Tropfen.

Muster u. Literatur kostenfrei durch die Haupt-Niederlage f. Deutschland:

Fassett & Johnson, G. m. b. H., Berlin SW. 48, Friedrichstr. 16.

Alleinige Hersteller ANGIER CHEMICAL CO. Boston, U. S. A. London, England.

Dr. Walther Koch's ‚PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung
:: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik
in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. O. Opels Kinder-Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel

Bessert die Ernährung, speziell indiziert bei **Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen** und **Skrofulose.**

à Pfund M. 1.30.

Kinderbiskuit „Heima"

Blut- und knochenbildend.

Für die ersten Kauversuche. Indiziert bei **allen Arten von Unterernährung, Blutarmut** und **englischer Krankheit.**

à Pack M. 0,30.

Literatur und Proben gern zu Diensten.

Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,

Berlin SW. 48

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

München, Dr. Pfeuffer's Hämoglobin.

München, den 10. Juli 1884.

Die k. Untersuchunganstalt bezeugt, daß die von Herrn Dr. Pfeuffer bereiteten und anher zur chemischen Untersuchung überschickten Hämoglobin-Pastillen im Durchschnitt 1,3 Gramm Hämoglobin (natürliches Eiseneiweiß) enthielten, und daß dieselben frei sind von für die Ernährung ungeeigneten Bestandteilen, wie solche im gewöhnlichen Blute als Exkretionsstoffe (Auswurfstoffe) vorhanden sind. Obige Untersuchung bestätigt:

Dr. Rudolf Emmerich, Prof. an der Universität München.
Dr. Max von Pettenkofer, Geheimrat, kgl. Prof. an der Univ. München.

Preis: **Hämoglobin-Extrakt-Syrup** ein Topf M. 1.60.
Hämoglobinzellchen M. 1.60 oder M. 3.—, ausreichend für 3 Wochen.

Ludwigs-Apotheke in München. — Erhältlich in Apotheken.

Euchinin

entbittertes Chinin.

Dymal

antisept. Wundstreupulver.

Chinin-Perlen.

Zimmer's Chinin-Chokolade-Tabletten

Den Herren Ärzten stellen wir neben Literatur auch Muster zur Verfügung. Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige Nr. 27 beziehen.

Verlag von Leopold Voss, Leipzig.

Leitfaden der Krankenpflege.

Für Krankenpflegeschulen.

Von **Dr. H. Waitz**

dirigierender Arzt und Leiter der Krankenpflegeschule in Hamburg.

VII, 131 Seiten. 1911. M. 2.50.

Dieser Leitfaden ist hervorgegangen aus den Aufzeichnungen, die der Verfasser für den Krankenpflege-Unterricht der Roten Kreuzschwestern in langjähriger Erfahrung gemacht hat. Er soll dem Lehrer das Gerüst bieten von dem, was der Unterricht fordert; es bleibt ihm überlassen auszubauen und auszuführen, wo es ihm zweckmäßig erscheint. Dem Schüler soll er Gelegenheit geben, das im Unterricht Gelernte leicht zu wiederholen und dem Gedächtnis einzuprägen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

LEHRBUCH
DER
KINDERHEILKUNDE
VON
O. HEUBNER
O. Ö. PROFESSOR DER KINDERHEILKUNDE AN DER
FRIEDRICH-WILHELM-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

IN ZWEI BÄNDEN

Dritte Auflage 1911

ERSTER BAND

VIII, 746 Seiten mit 43 Abbildungen im Text, auf einer Lichtdrucktafel und auf 4 farbigen Tafeln.

ZWEITER BAND

VI, 602 Seiten mit 24 Abbildungen und 5 farbigen Tafeln.

Preis M. 35.—; in 2 Bänden geb. M. 39.—.

(Einzelne Bände werden nicht abgegeben.)

Monatsschrift für Kinderheilkunde: Das vorliegende Werk stützt sich auf langjährige Erfahrung und Beobachtung, auf ein „kleines Archiv von Kinderkrankengeschichten" und ist von langer Zeit her sorgfältig vorbereitet. Gerade dadurch, daß in jedem einzelnen Abschnitte die eigene Erfahrung und Forschung des Verfassers zutage tritt, wird das Buch für jeden Arzt und Forscher eine Fülle von Anregung bringen, wie die klare Darstellung des tatsächlich Erforschten und die gesunde Kritik gegenüber dem noch Zweifelhaften es zu einem ausgezeichneten Lehrbuch für den Studierenden bestimmt.

Deutsche medizinische Wochenschrift: Hier empfangen wir nicht ein Lehrbuch, welches alles, was über den Gegenstand geschrieben ist, planmäßig zusammenstellt — das könnte auch ein anderer tun; vielmehr ist es ein ganz persönliches Werk, in dem sich der Verfasser nach Temperament, Denkart und Interessen spiegelt. In lebhafter und anregender Weise entrollt er, mit Verzicht auf historische Rücksicht, ein Bild der Krankheit, wie es sich seinem eindringlichen, aber kritisch sich bescheidenden Forschersinn darstellt; Entwickelungsgeschichte und pathologische Anatomie werden mit besonderer Liebe berücksichtigt, das Krankheitsbild wird plastisch herausgearbeitet und mit Krankengeschichten aus der eigenen Erfahrung belegt, die Behandlung ist außerordentlich einfach gehalten, verneint wird selbst allgemein Gebräuchliches und um so ausführlicher wichtiges Neueres (z. B. Serumbehandlung, Inkubation) erörtert.

Das Werk ist ein Merkstein in der wissenschaftlichen Entwicklung der jetzt so energisch vorwärts strebenden Pädiatrie.

Wiener klinische Rundschau: Ein Klassiker der Kinderheilkunde.

Jahrbuch der Kinderheilkunde: Der Erkenntnis, daß das Heubnersche Lehrbuch der Kinderkrankheiten das beste ist, das heute existiert, ja, eines der besten Lehrbücher überhaupt, dürften sich nur wenige verschließen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

D. R. W. Z. 128247

Pnigodin

D. R. W. Z. 128247

räftiges
xpectorans

PERTUSSIS

ıdikationen: **Pneumonie, Broncho-Pneumonie, Bronchitis, Asthma bronchiale.**

Auffallend schnelle Heilerfolge.

Hervorragend bewährt auch in der **Säuglingspraxis!**

estandteile: Cinnamom. Ceylan. Pnigodin (Glykosid). Sambuc. nigr. Malt. Hord. sterilisiert, frei von Alkohol.

Zahlreiche Anerkennungen.

ın der Würzburger Universitäts-Poliklinik und anderen größeren Heilanstalten mit überraschendem Erfolge angewendet.

Versuchsquanten den Herren Ärzten gratis durch die

Pnigodin G. m. b. H., Charlottenburg P. A. 5.

Gern genommen
als Korrigens für Milch
Kathreiners Malzkaffee!

Antiphlogistine

Literatur und Gratisproben franko.

ein **hydrophiler, schmerzstillender Umschlag.**

Indiciert in allen **entzündlichen** und **congestiven** Zuständen.
Therapeutisch glänzend bewährt.

Kade-Denver Co. m. b. H.
Berlin-Wilmersdorf, d.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. Januar 1911. Nr. 1.

I. Originalbeiträge.

Die Bedeutung von Ehrlich-Hata 606 für die Kinderheilkunde.

Von

Dr. E. Schreiber,

Oberarzt am Krankenhause Altstadt in Magdeburg.

Einem Wunsche des Herrn Herausgebers folgend, möchte ich hier kurz über die Bedeutung des von Ehrlich neu entdeckten Präparates „606" für die Kinderheilkunde berichten.

Auf dem 4. Internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin hat Hoppe in einem Referat über die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie darauf hingewiesen, daß der Prozentsatz idiotischer Kinder mit Lues in der Anamnese nicht so gering ist; er betrug bis zu 40 % bei einzelnen Untersuchern. Hoppe hat dann schon angedeutet, welchen Wert das Arsenobenzol bei hereditär luetischen Idioten besitzt, und ich kann ihm in der Beziehung nur beistimmen. Berechtigt ist seine Forderung, daß in Idiotenanstalten, Waisenhäusern, Wöchnerinnenheimen und Entbindungsanstalten die Wassermannsche Reaktion allgemeiner eingeführt werden müßte, um so manches Kind rechtzeitig behandeln und vor geistigem Elend und Siechtum berwahren zu können. Es ist überraschend, wie oft man bei Frauen, deren Männer zurzeit keine floriden Erscheinungen haben und die selbst angeblich niemals luetische Symptome gezeigt haben, eine positive Wassermannsche Reaktion findet. Ich habe es mir daher zur Norm gesetzt, soweit ich es durchführen kann, auch bei den Frauen der Männer, die in meiner Behandlung sind, die Wassermannsche Reaktion anzustellen. Leider läßt sich ja das oft nicht in dem Maße durchführen, wie man es wünschen könnte, weil die meisten Ehemänner eine gewisse Scheu vor dem Ergebnis der Untersuchung haben, aber mit einigem Geschick kann man es doch in vielen Fällen sehr wohl erreichen.

Hier mag zunächst einmal erwähnt sein, wenn es auch nicht streng zum Thema gehört, daß wir bei einigen Frauen, die infolge Lues wiederholt Aborte hatten, mit gutem Erfolg gespritzt haben, d. h. daß die Schwangerschaft nachher normal verlief. Wir haben ferner bei 12 Schwangeren injiziert und haben niemals irgendeine Störung der Schwangerschaft beobachtet. Die Kinder dieser Mütter,

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es sind deren jetzt 6 geboren, zeigten keinerlei Spuren von Syphilis, falls die Einspritzung mindestens 4 Wochen zurücklag. Wird die Einspritzung erst kurz vor der Geburt gemacht, so kann man selbstverständlich nicht erwarten, daß das Kind noch durch dieselbe beeinflußt wird. Wir vermögen ferner natürlich noch nicht zu sagen, ob die Kinder dauernd befreit sind von Syphilis, da ja die Zeit noch zu kurz ist. Immerhin ist es doch eine beachtenswerte Tatsache, und sie gibt uns den Mut, während der Schwangerschaft die uns zugeführten luetisch infizierten Frauen energisch mit „606" zu behandeln. Dabei ist es wohl selbstverständlich, daß man diese Kinder weiterhin unter Augen behalten muß. Was das Verhalten der Wassermannschen Reaktion anbetrifft, so schwankt dieselbe bei Mutter und Kind; meistens ist sie auch beim Kinde positiv, wenn sie bei der Mutter positiv war, es kann aber auch beim Kinde die Reaktion negativ sein trotz positiven Ausfalls bei der Mutter und umgekehrt auch positiv trotz negativer Reaktion bei der Mutter. Auch in Fällen, wo bei der Mutter typische luetische Erscheinungen bestanden, kann die Reaktion beim Kinde negativ sein. Worauf dieses Schwanken der Wassermannschen Reaktion zurückzuführen ist, vermag ich nicht zu sagen, es liegen bis jetzt auch in der Literatur noch zu wenig Beobachtungen vor, die eine ausreichende Erklärung für dieses Verhalten geben.

Noch mehr wird es hier natürlich interessieren, welche Erfahrungen wir bei Säuglingen und älteren Kindern gemacht haben. Zunächst einige Worte über die Art der Behandlung. Während ich ja sonst die intravenöse Injektion des Mittels vorziehe, weil sie meinen Erfahrungen nach vollkommen schmerzlos ist und auch prompter wirkt, so kann dieselbe bei der Behandlung syphilitischer Kinder in dem ersten Lebensjahr nur selten zur Anwendung kommen. Es ist wohl mehr ein Kuriosum, wenn es uns vor kurzem gelang, bei einem 4 Monate alten Kinde eine intravenöse Einspritzung zu machen. Dieses Kind hat die Einspritzung (0,01) sehr gut überstanden, ohne darauf mit höherer Temperatur zu reagieren, und es erholt sich jetzt sehr gut. Sonst aber spritzen wir bei den Kindern nur intramuskulär, und zwar nach folgender Vorschrift:

In einen etwa 100 ccm fassenden graduierten Glaszylinder mit engem Hals und eingeschliffenem Glasstöpsel, der etwa 30 Glasperlen mittlerer Größe (wie sie zum Füllen der Federständer benutzt werden) enthält, und der gut sterilisiert ist, tut man 10 ccm steriles Wasser und dann 0,1 des Präparates. Durch energisches Schütteln wird die ganze Substanz klar gelöst. Zu dieser Lösung fügt man 0,5 Normalnatronlauge und schüttelt wiederum etwa $^1/_2$ Minute kräftig. Man erhält dann eine vollkommen klare Lösung, die nun durch weiteren Zusatz von destilliertem Wasser bis auf 30 ccm verdünnt wird. Sollte das Präparat noch nicht vollkommen gelöst sein, so fügt man vorsichtig noch einige Tropfen Natronlauge hinzu, bis eine vollkommen klare Lösung entstanden ist.

Von dieser Lösung werden nun je nach der Dosis, die man wählt, ein oder mehrere Teilstriche einer 5 ccm fassenden Spritze mit einer nicht allzustarken Nadel in den einen oder geteilt in beide

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Glutäen eingespritzt (3 Teilstriche = 0,01). Und zwar wählt man, damit der Ischiadicus nicht getroffen wird, eine Stelle, die oben und außerhalb liegt. Es ist selbstverständlich, daß streng steril verfahren werden muß, weil das Mittel an sich schon reizend wirkt und dadurch, falls nicht sauber gearbeitet wird, das Entstehen von Abszessen begünstigen kann. Die kleine Einstichstelle verschließt man mit einem gutsitzenden Heftpflasterverband. Die Kinder zeigen, wie die Erwachsenen, nach dieser intramuskulären Injektion meistens am ersten Tage leichte Temperatursteigerungen, sind auch infolge der durch die Einspritzung entstehenden Schmerzen unruhiger. Gelegentlich tritt am dritten oder vierten Tage noch einmal Temperatursteigerung ein, und es kommt auch bei den Kindern in dieser Zeit wohl zu Infiltrationen, die aber auf Anwendung von Wärme meistens schnell zurückgehen.

Was die Dosierung anbetrifft, so schwanken die Angaben sehr, von manchen Autoren sind mehrere Zentigramme auf einmal injiziert worden. Wenn im allgemeinen diese höhere Dosis auch gut vertragen wurde, so stehe ich doch auf dem Standpunkt, etwas vorsichtiger vorzugehen. Ich habe es daher bis jetzt so gehalten, daß ich bei schwächlichen Säuglingen etwa mit 8 mg anfange, bei kräftigeren Kindern mit 1 cg, daß ich dann aber nach 14 Tagen die Einspritzung mit steigernder Dosis wiederhole. Es ist zuzugeben, daß bei diesen kleineren Dosen zunächst ein voller Effekt nicht erzielt wird. Daraus darf man selbstverständlich aber nicht schließen, daß das Mittel unwirksam sei, sondern höchstens, daß die Dosis zu gering war. Dieses vorsichtige Vorgehen hat aber den Vorteil, daß zunächst ein größerer Teil der Spirochäten abgetötet wird, daß dabei sich höchstwahrscheinlich Antikörper gegen das Gift der Spirochäten bilden, und daß nun, wenn man die Injektion wiederholt, das Präparat viel besser vertragen wird, als wenn man von vornherein gleich eine größere Dosis gebraucht. Ich glaube nicht, daß die Kinder an sich empfindlicher gegen das Präparat sind, dagegen sprechen gewisse Beobachtungen, die wir im Laufe der Zeit gemacht haben. Ehrlich war ja anfangs der Meinung, daß eine Überempfindlichkeit bei wiederholter Einspritzung eintreten könnte, diese Furcht hat sich als unrichtig erwiesen, ich habe an anderer Stelle zeigen können, daß im Gegenteil die zweite und dritte Einspritzung regelmäßig besser vertragen wird, als die erste. Es war ja auch denkbar, daß sogar eventuell gegen 606 feste Stämme durch wiederholte Einspritzung entstehen könnten, das ist aber auch nicht der Fall. Wir haben vor kurzem noch ein Kind mit typischen luetischen Erscheinungen mit 8 mg gespritzt, dann nach etwa 3 Wochen mit 1 cg. Auf diese beiden Dosen hin sind die Erscheinungen vollkommen glatt zurückgegangen, und das Kind hat sich nach den Einspritzungen gut erholt. Ich würde nun warten, bis sich eventuell neue Erscheinungen zeigen, und dann die Einspritzung wiederholen, sonst aber vorläufig von einer weiteren Behandlung Abstand nehmen, damit sich das Kind inzwischen kräftigen kann.

Von Taege und Duhot ist mitgeteilt worden, daß Säuglinge mit syphilitischen Erscheinungen durch den Genuß der Milch ihrer Mütter, die mit „606“ behandelt waren, klinisch geheilt worden sind.

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich habe nun über einen ähnlichen Fall zu berichten. Bei diesem Säugling bildeten sich die Papeln innerhalb 8 Tage sehr gut zurück. Man wird aber gut tun, bei diesen Säuglingen später gleichwohl noch eine Einspritzung zu machen, sobald sie sich gut entwickeln. Bei einer andern Mutter, die angeblich nicht infiziert war, auch keine syphilitischen Erscheinungen hatte und die auch eine negative Wassermannsche Reaktion bot, haben wir „606“ eingespritzt und diese dann stillen lassen, dabei gingen aber die syphilitischen Erscheinungen des Kindes nicht zurück innerhalb 14 Tagen, leider mußte dann die Mutter das Stillen aufgeben. Auf zwei Einspritzungen von 0,008 und 1 cg heilte der Prozeß schnell ab. Wenn dieser Fall auch nichts Sicheres beweist, so legt er doch den Gedanken nahe, daß bei der Heilung solcher Kinder Antitoxine eine Rolle spielen und nicht etwa die kleine Menge von Arsen, die in die Milch übergehen kann. Ich habe in einer Reihe von Fällen die Milch auf Arsen untersuchen lassen, wir haben nur in einem einzigen Fall in einer Quantität von 100 ccm minimale Spuren von Arsen nachweisen können, und zwar nach intravenöser Einspritzung, das gleiche wird von anderen Autoren berichtet. Auch daraus scheint hervorzugehen, daß jedenfalls die Quanität des in die Milch übergehenden Arsens nur eine geringe sein kann und daß die Hauptrolle bei dem geschilderten Vorgang nur die Antitoxine spielen dürften.

Was die Behandlung älterer Kinder anbetrifft, so haben wir fast stets intravenös injiziert, und zwar normalen kräftigen Kindern von etwa 8 Jahren 0,1. Interessant ist in dieser Beziehung folgender Fall. Ein etwa 8jähriges Mädchen, das im vorigen Jahr schon einmal wegen luetischer Erkrankung des Zentralnervensystems auf unserer Abteilung lag und damals mit Quecksilber behandelt wurde, wurde uns jetzt wieder eingeliefert unter den Erscheinungen einer typischen Meningitis. Da Tuberkelbazillen in der Spinalflüssigkeit nicht vorhanden waren, so nahm ich an, daß es sich wiederum um eine luetische Erkrankung handele, und injizierte 0,1 intravenös. Abends war das Kind entschieden etwas unruhiger, aber schon vom nächsten Tage an zeigten sich deutliche Zeichen der Besserung. Das Kind wurde ruhiger, und schon am dritten Tage sprach es wieder und fing an, mit seiner Puppe zu spielen. Es ist klar, daß dergleichen Erfolge mit Quecksilber in so kurzer Zeit nicht erreicht worden wären. Das Kind zeigte in der Folge nur noch einmal leichtere Erscheinungen von zerebralen Störungen, wir haben dann noch einmal 0,1 gespritzt, wie ich das jetzt in der Regel tue. In einem andern Fall von schwerer Zerstörung des Gaumens konnte das Kind schon am zweiten Tage nach der Einspritzung seine gewöhnliche Nahrung wieder zu sich nehmen. Interessant war mir ferner noch ein Fall von multipler Gelenkerkrankung bei einem Kinde, das positive Wassermannsche Reaktion bot (Infektion vom Vater aus). Auch hier gingen die Erscheinungen sehr prompt auf Anwendung von „606“ zurück.

Von den Anhängern der Quecksilbertherapie wird heute vielfach der Einwand erhoben, daß man mit Quecksilber ganz ähnliche Resultate erzielen könnte. Wer einmal die prompte Wirkung von „606“ bei solchen syphilitischen Erkrankungen beobachtet hat, der wird

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allerdings anderer Ansicht sein. Wenn vielfach über Mißerfolge mit „606“ berichtet wird, so darf ich nach meinen bei 900 Fällen gemachten Erfahrungen wohl mit Fug und Recht behaupten, daß (von einzelnen Ausnahmen abgesehen) überall da, wo ein Mißerfolg zu verzeichnen war, die Technik der Anwendung eine fehlerhafte war. Zweckmäßig angewandt und in der richtigen Dosierung ist das Präparat „606“ nicht gefährlicher als das bisher übliche Quecksilber und in seiner Wirkungsweise ihm ganz entschieden überlegen. Nur eins könnte man einwenden, daß wir über die Dauererfolge noch nichts wissen. Das muß zugegeben werden. Es ist ferner auch richtig, daß wir in den meisten Fällen mit einer einzigen Einspritzung von „606“ nicht auskommen, und daß insofern das Ideal, das Herrn Geheimrat Ehrlich vorschwebte, mit einem Schlage die Syphilis auszurotten, noch nicht erreicht ist. Aber auf der anderen Seite darf auch nicht vergessen werden, daß wir durch eine Einspritzung des Präparates ungefähr das erreichen, was wir mit einer guten Schmier- oder Spritzkur erreichen, und es hieße die Sachlage verkennen, wenn man darin nicht einen Vorteil der neuen Syphilisbehandlung erblicken wollte. Daß das Mittel in allen Fällen spezifisch wirkt, steht sicher, ich glaube bestimmt, daß die von manchen Autoren angeführten sogenannten refraktären Fälle nur auf die Technik zurückzuführen sind. Worauf es heute ankommt, ist nur, Mittel und Wege zu finden, Dauerresultate zu erzielen, und da ergibt sich die Frage, wie oft und in welchem Zeitraum am zweckmäßigsten die Einspritzung zu wiederholen ist. Soll man, wie ich empfehle, auch wenn die Wassermannsche Reaktion negativ geworden ist, doch sicherheitshalber nach 4 Wochen eine zweite Einspritzung machen, oder wartet man, bis wiederum manifeste Erscheinungen aufgetreten sind? Ich habe bereits in Wiesbaden in dem Bericht über unsere ersten Fälle darauf hingewiesen, daß man sehr wohl die Anwendung von „606“ mit der des Quecksilbers verbinden darf, es wäre nicht undenkbar, daß man durch die Kombination beider Methoden allein schon Dauerresultate erzielen könnte.

Wir stehen heute im Anfang einer neuen Behandlungsmethode, und man kann somit nicht wohl erwarten, daß ich schon ein absolut abschließendes Urteil über die zweckmäßigste Form der Behandlung abgebe; so viel ist aber wohl sicher, daß wir mit der Einführung von „606“ in die Syphilistherapie ein gut Stück weiter gekommen sind, und wir dürfen sicher von Ehrlich auf „606“ noch ein „607“ und „608“ erwarten, das uns seinem Ziele der „Therapia sterilisans magna“ noch näher bringt.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

B. Schick, Über ein durch Trauma auslösbares postskarlatinöses Exanthem (Erythema postscarlatinosum). (Jahrb. f. Kinderheilk. 1910. Bd. 71. Heft 2.) Nach Scharlach werden

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

manchmal eigenartige Exantheme beobachtet. Diese treten symmetrisch auf, meist an der Streckseite der Ellbogengelenke, ad nates und im Umkreis der Sprunggelenke. Zugleich besteht Fieber in beträchtlicher Höhe, manchmal intensive Schmerzhaftigkeit der Gelenke ohne sicheren Erguß. Daneben zeigen sich andere postskarlatinöse Erkrankungssymptome (Nephritis, Lymphadenitis). Kreibich und Heubner reihen die beschriebene Erkrankungsform den angioneurotischen Entzündungen ein. Die Prognose ist ernst. Das Exanthem läßt sich durch ein künstliches Trauma auslösen.

Verf. schlägt den Namen Erythema postscarlatinosum für die makulopapuläre Form vor. Hecker.

G. Koch, Über perniziöse Anämie und extramedulläre Blutbildung im Säuglingsalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1910. Bd. 71. Heft 2.) Genaue Krankengeschichte eines 9 Monate alten Säuglings, bei dem primäre Biermersche perniziöse Anämie diagnostiziert wurde.

Ferner hat Verf. bei Untersuchung an Säuglingen Blutbildungsherde in der Milz, seltener auch in den Lymphdrüsen nachgewiesen. Hecker.

R. Friberger, Untersuchungen über das sogenannte Kochsalzfieber und die Chlorausscheidung beim Säugling. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 1—3.) Auf Grund von Versuchen an 20 Kindern im Alter von 2—28 Wochen (davon 14 zwischen 2 und 4 Monaten) bejaht Verf. die Möglichkeit, bei Säuglingen durch NaCl-Lösung Fieber hervorzurufen. Temperaturreaktionen, deren Begriff er genau definiert, kamen 26 mal vor bei 12 Kindern. Mehr als 50 % der 12 an Ernährungsstörungen leidenden Kinder zeigten schon auf kleine Mengen Temperatursteigerungen, außerdem auch heftigere Allgemeinsymptome nach der Injektion. Die Versuche mit oraler Verabreichung von NaCl umfaßten 54 Versuchstage an 11 Kindern, mit dem Erfolge, daß unter allen Versuchen Reaktionen nur an 8 Tagen vorkamen. Die Temperaturen waren ein wenig höher als bei den Injektionen, nur 2 mal unter 38° und 1 mal über 39°. Auch hier zeigten sich die ernährungskranken Kinder empfindlicher als andere. Hecker.

J. Bauer und **K. Neumark,** Über den Gehalt des Säuglingsblutes an hämolytischen Normalambozeptoren. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 1—3.) Ein Individuum (bzw. eine Tierart) bildet besser Immunkörper als die andere, und diese Tatsache findet auch darin ihren Ausdruck, daß heterologe Mitantikörper, soweit sie überhaupt gebildet werden, von dem besser immunisierbaren Individuum im allgemeinen in reichlicherem Maße gebildet werden. Hingegen wird die Art und die Menge der gebildeten Mitantikörper sich durchaus nach der Art des den Immunitätsprozeß auslösenden Antigens richten. Hecker.

K. Neumark, Über das Verhalten der Leukozyten bei Masern. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 1—3.) Verf. hat bei 26 Kindern Zählungen vorgenommen, bei den meisten im fortlaufen-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Versuch, und fand, daß allerdings häufig, aber nicht konstant eine Leukopenie zu konstatieren war. In den Fällen, wo keine Leukopenie oder sogar Leukozytose sich zeigte, zeigten auch die Masern komplizierende Erscheinungen.

Für die klinische Praxis scheint die Bestimmung der Leukozyten bei Masern sowohl prognostisch als diagnostisch von großer Wichtigkeit zu sein. Hecker.

O. Lade, Über Diphtherie als Komplikation von Masern. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 1—3.) Der die Masern komplizierenden Diphtherie, einer der bösartigsten und heimtückischsten Krankheitskombinationen, hat man bisher relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die bisherigen Berichte beziehen sich meist auf Diphtheriebazillenbefunde bei diagnostizierter Diphtherie. Man muß scharf unterscheiden zwischen diphtherischer Erkrankung bei Masern und lediglich dem Vorhandensein von Diphtheriebazillen im Verlaufe der Morbilli. Unter den vom Verf. untersuchten 112 Masernpatienten fanden sich 13, die Diphtheriebazillen beherbergten = 12,6 %. Die Prognose scheint, nach Blakelys und Burrows, wesentlich abzuhängen vom Zeitpunkte des Auftretens der diphtherischen Komplikation, d. h. sie ist um so infauster, je kürzer nach dem Exanthem der Diphtherieausbruch folgt. Der Verlauf ist bei dieser Mischinfektion nicht nur im allgemeinen durch Schädigung der Herzkraft ein ungünstigerer, sondern es scheinen auch die lokalen Krankheitserscheinungen im umgekehrten Verhältnis zur Anzahl der Tage, die zwischen Exanthemausbruch und diphtherischer Erkrankung liegen, ein schwereres Bild darzubieten. Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrung dringend, bei allen Masernfällen auf Diphtheriebazillen zu fahnden, nicht nur weil das Zusammentreffen von Masern und diphtherischer Erkrankung ein unheilvolles ist, sondern auch darum, weil er den Eindruck gewonnen hat, daß eine „latente Diphtherie" unter dem Einfluß der Morbillenaffektion zu einer „manifesten" wird. Die meisten Masernkranken, bei denen er nach dem Vorhandensein von Diphtheriebazillen forschte, erwiesen sich nicht als Diphtheriebazillenträger, während alle diejenigen Morbillösen, bei denen Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden, auch eine lokalisierte oder allgemeine diphtherische Affektion aufwiesen. Hecker.

H. Nothmann, Erfahrungen mit der v. Pirquetschen Kutan- und der Stich(Depot)reaktion. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 1—3.) Es reagieren nicht nur Tuberkulöse und Tuberkuloseverdächtige, sondern alle diejenigen, die in ihrem Leben überhaupt einmal eine Tuberkuloseinfektion durchgemacht haben. Durch die leichte Anwendbarkeit und Harmlosigkeit der v. Pirquetschen Methode ist es möglich, große Reihen Individuen auf Tuberkuloseinfektion zu prüfen und auf diese Weise Aufschlüsse zu bekommen über die Tuberkulosehäufigkeit überhaupt, und durch Feststellung der Verteilung der Tuberkulose auf die verschiedenen Lebensalter, auch über den Zeitpunkt der Tuberkuloseinfektion. Ein großes Anwendungsgebiet der Kutanprobe stellt die Tuberkulose des frühesten Kindesalters dar, da die Säuglingstuberkulose wegen ihrer Lokalisierung an für die physi-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kalische Diagnostik schwer zugänglichen Stellen (zumeist Bronchialdrüsen) schwer zu diagnostizieren ist und im Säuglingsalter meist nur aktive Tuberkulose vorkommt. Es gibt sicher nicht tuberkulös infizierte Organismen, die auf die Impfung positiv reagieren (Säuglinge mit exsudativer Diathese). Ferner hat Verf. gefunden, daß einer Tuberkulosehäufigkeit von 65,7 % auf Grund 2maliger Impfung eine solche von 77 % nach Stichreaktion entsprach. Hecker.

J. Stargardter, Über die Polyarthritis chronica progressiva primitiva im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 1—3.) Krankengeschichte dieses seltenen, unter den verschiedensten Namen beschriebenen Krankheitsbildes. Gleichzeitige schmerzhafte Anschwellung der Fingergelenke beider Hände, die persistiert; später der Fußgelenke und des Hüftgelenkes, Bewegungsbeschränkung der Glieder mit Beugungskontrakturen; hochgradige Muskelatrophie.

Die Krankheit tritt im 3.—4. Jahr auf, öfter beim weiblichen Geschlecht. Differentialdiagnostisch kommen u. a. Arthritis deformans, chronischer Gelenkrheumatismus, Stillsche Krankheit in Betracht. Die Prognose ist infaust. Heilungen kommen nicht vor. So dunkel die Ätiologie, so machtlos ist jede Therapie. Hecker.

Marie Baum, Über den Einfluß der Stilldauer auf Entstehung und Erhaltung des folgenden Kindes. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. 1910. Nr. 7.) Die Ergebnisse der Untersuchungen werden wie folgt zusammengefaßt:

1. Die Zahl der Kinder, die in früher Geburtenfolge zur Welt kommen, nimmt mit wachsender Stillperiode des Vorkindes stetig und schnell ab. Wurde das Vorkind nicht gestillt, so trat eine neue Geburt vor Ablauf von einem Jahre in 156 (9,6 %) Fällen ein, bei $^1/_2$ bis $^3/_4$jähriger Stilldauer nur noch in 1,8 %, bei noch längerer in 1 % der Fälle. 70 von 100 Müttern müssen innerhalb eines Zeitraumes von $1^3/_4$ Jahren auf eine neue Geburt rechnen, wenn sie das Vorkind nicht oder ungenügend lange stillten; wurde das Vorkind dagegen mindestens 39 Wochen gestillt, so betrug dieser Bruchteil nur 38,5 %, bei mehr als einjähriger Stilldauer nur 20 %.

Nimmt man als statistische Einheit die Familie, so drückt sich der Parallelismus zwischen durchschnittlicher Geschwisterentfernung und Stilldauer noch deutlicher aus. Die ausreichend oder lange stillenden Mütter zeigen zur Hälfte bis zu drei Viertel eine durchschnittliche Entfernung der Geburten von $1^1/_4$—3jähriger Dauer, während schlecht- oder nichtstillende dieser Gruppe nur zu einem Drittel angehören und sich in der Rubrik kürzerer Geschwisterentfernung anhäufen.

2. Trotz dieser starken Abnahme der absoluten Geschwisterentfernung bei längerer Stillperiode ist die Zahl der Kinder, die innerhalb der Grenzen physiologischer Rechtzeitigkeit geboren wurden, erheblich größer, als bei nicht oder ungenügend lange durchgeführter Stillung des Vorkindes. Das spricht mit Deutlichkeit dafür, daß ausreichende Stillung mit bald darauf einsetzender erneuter Schwangerschaft den natürlichen Verlauf des Fortpflanzungsprozesses darstellt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Die Säuglingssterblichkeit ist durchschnittlich weit geringer bei den Kindern, die nach längerer — etwa mindestens 2 jähriger Pause — geboren wurden, als bei denen, die früher dem Vorkinde folgten. Wurden diese Kinder jedoch nicht oder nur kurz gestillt, so bildet auch eine sehr ausgedehnte Entfernung vom Vorkinde keinen Schutz gegen hohe Säuglingssterblichkeit, während bei den lange gestillten auch schon bei kürzerer Entfernung vom Vorkinde geringe Sterblichkeit die Regel darstellt. Die Schädigungen zu frühzeitiger Geburtenfolge werden auch durch langausgedehnte natürliche Ernährung nicht ausgeglichen. Grätzer.

A. Schloßmann, Die Reichsmilchflasche. (Ebenda.) S. sagt darüber:

„Nun ist die erste Tat geschehen. Der Zusammenschluß der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz mit den verschiedenen Landeszentralen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche hat zu dem ersten praktischen Schritte geführt. Die Reichsmilchflasche ist das Ergebnis. An und für sich wird man ja — ach so gerne — dem Übergange vom Wort zur Tat Anerkennung spenden; das wohlverstandene Interesse für die ganze Säuglingsfürsorgebewegung heischt aber dringend, die Bedenken nicht zu verhehlen, die gegen diese erste Aktion bestehen.

Die „Normalflasche“ soll eine Reihe von Vorteilen bieten; die Strichflasche soll verschwinden, da ihre Einteilung fast immer eine fehlerhafte ist; eine Flasche mit genauer Grammeinteilung, die den Anforderungen der Säuglingshygiene entspricht, soll sie ersetzen. Nun, ich will nicht ausführlich auf das Für und auf das Wider der Normalflasche eingehen, sie ist zweifellos nicht besser als manche Flaschen, die im Gebrauch sind, aber vielleicht auch nicht schlechter als viele andere; aber unhygienisch ist sie sicher, da die Striche der Eichung in das innere Volumen der Flasche hereinreichen und so der Reinigung Hindernisse entgegensetzen. Man schneide eine Flasche durch und überzeuge sich davon. Innere Glätte ist aber die Vorbedingung für jede hygienische Milchflasche. Selbst die eingeprägten Buchstaben „zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche“ veranlassen im Innern der Flasche Erhöhungen und Vertiefungen, die es sehr fraglich erscheinen lassen, ob nicht selbst diese Buchstaben geradezu im entgegengesetzten Sinne wirken werden.

Die Grammeinteilung ist ja nichts Neues, sie ist auch nicht exakter als in anderen Flaschen. Ich habe einige Flaschen ausgewogen. Die ersten 10 ccm zeigen schon recht bedenkliche Ungenauigkeiten (14,5 bzw. 15,2). Die 10 ccm zwischen 120 und 130 g betragen einmal 12,8 g, andere 10 ccm zwischen 40 und 50 nur 7,3 g usw. Das ist natürlich alles kein Unglück, wenn nur nicht die Wucht der Namen, die hier der Reklame zur Verfügung gestellt werden, eine genaue Grammeinteilung verhießen. Trotzdem würde alles das mir keine Veranlassung gegeben haben, mich hier über die Reichsmilchflasche abfällig zu äußern, aber ich habe prinzipielle Bedenken gegen das ganze Vorgehen, und ich glaube es muß heißen „principiis obsta“. Es ist

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nämlich einer bestimmten Fabrik die alleinige Fabrikation und der Alleinverkauf der gesamten Flaschen übertragen worden. Nun kann zwar ohne weiteres jeder Mensch im Deutschen Reiche oder sonstwo die gleiche Flasche fabrizieren, wie die Firma, die mit solchem Nachdruck empfohlen wird. Wie ich schon sagte, bietet die Flasche eben durchaus nichts Neues, nichts Besonderes, was ihr Patent oder Musterschutz gewährleisten kann. Bei dieser Sachlage erscheint es doppelt unangebracht, einseitig eine bestimmte Firma als Fabrikantin zu empfehlen, denn das liegt durchaus nicht im allgemeinen öffentlichen Interesse.

Wenn die gegebenen Instanzen nach Befragen der dabei in Betracht kommenden Fachmänner zur Überzeugung gekommen sind, daß die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche durch Schaffung einer Normalflasche von den Eigenschaften der in Rede stehenden günstig beeinflußt wird, dann soll man ein einwandfreies Muster herstellen, wie eine solche anzusehen und beschaffen zu sein hat. Man kann auch bei der ersten Veröffentlichung die Firma nennen, die den gegebenen Gedanken einwandfrei in die Tat umgesetzt hat. Aber damit muß es genug sein. Der gesamten Industrie muß die Möglichkeit eröffnet werden, das Objekt ihrerseits zu fabrizieren und in den Handel zu bringen. Das Schwergewicht, das in einer Empfehlung seitens der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, der preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz und der übrigen Instanzen, die mit unterschrieben haben, beruht, darf nicht einer Firma für ihre Reklame und ihren Gewinn zur Verfügung gestellt werden. Nicht im Interesse eines Unternehmers dürfen wir arbeiten, auch nicht, wenn er von dem reichen daraus erwachsenden Gewinn einen kleinen Teil gemeinnützigen Zwecken, der einen oder anderen Anstalt zuführt, sondern wir müssen sorgen, daß durch vielseitiges Angebot guter Flaschen alle Fabrikanten sich daran beteiligen können, die fehlerhaften Produkte dieser Art zu beseitigen.

Grätzer.

Joachimsthal, Über angeborene Wirbelanomalien als Ursache von Rückgratsverkrümmungen. (Aus der Univers.-Poliklinik f. orthopäd. Chirurgie in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 37.) J. berichtet über zwei Fälle, welche die praktische Bedeutung der Durchleuchtung in zweifelhaften Fällen klar vor Augen führen.

Die erste, dreijährige Patientin wurde J. vor wenigen Wochen von den Eltern zugeführt, weil sie den Eindruck gewonnen hatten, daß das rechte Bein von Geburt an wesentlich kürzer sei als das linke. Die sonst vollkommen wohlgebildete und für das Alter gut entwickelte Patientin zeigte einen eigentümlichen Schiefstand des Beckens, der in der Tat an das Vorhandensein einer Verkürzung des rechten Beines ohne weiteres denken ließ, außerdem eine deutliche Abweichung der Lendenwirbelsäule mit der Konvexität nach rechts, ein starkes Hervortreten des linken Darmbeinkammes und einen leichten Hochstand der rechten Schulter, ohne daß besondere Niveaudifferenzen an beiden Rückenhälften bemerkbar gewesen wären. Trotz dieses durchaus an das Bild der statischen Skoliose erinnernden Verhaltens ließ die genaue Untersuchung der beiden unteren Extremitäten keine Längenunterschiede entdecken. Es veranlaßte J. dieser auffallende Befund dazu, von dem Kinde eine Röntgenaufnahme herzustellen, welche nun eine überraschende Aufklärung für die Schwierigkeiten lieferte, die sich der klinischen Deutung des Falles entgegengestellt hatten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

An die im wesentlichen normale Brustwirbelsäule mit der gewöhnlichen Rippenzahl schließt sich die Lendenwirbelsäule an, die im ganzen eine leichte rechtsseitige Schweifung erkennen läßt. Auf diese folgt das Becken, dessen linke Seite wesentlich tiefer gestellt ist als die rechte. Die am Röntgenbilde erkennbare Spitze der letzten Rippe bleibt links 2 cm weiter von dem Darmbein entfernt als rechts. Die ersten drei Lendenwirbel, an denen man wegen des jugendlichen Alters die Querfortsätze nur gerade angedeutet findet, zeigen annähernd normale Gestalt, der vierte bereits eine deutliche Verschmälerung seiner linken Seite, eine Veränderung, die in viel ausgeprägterem Maße an dem folgenden Wirbel hervortritt, dessen linke Seite nur etwa die Hälfte der Höhe besitzt, die die rechte erkennen läßt. Zwischen diesem Wirbel und dem nächsten, der infolge seiner Verbindung mit dem Darmbein sich deutlich als der erste Sakralwirbel kennzeichnet, findet sich linkerseits ein rundlicher Schatten von der Größe eines Fünfpfennigstückes, nach oben und unten durch den Intervertebralscheiben entsprechende Linien von der Nachbarschaft abgegrenzt. Dieser Schatten ragt nach außen etwa 1 cm über die Reihe der übrigen Lendenwirbel hinaus. Eine Berührung zwischen dem fünften Lenden- und dem ersten Kreuzbeinwirbel findet nur noch an dem rechten Seitenrande statt; die ganze übrige Partie der einander zugewandten Wirbelteile wird offenbar nur durch den zwischengelagerten Halbwirbel gestützt.

Nicht so klar lagen die ursächlichen Momente für die Verbiegung der Wirbelsäule bei dem von J. bereits im 25. Bande der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie kurz besprochenen zweiten, jetzt gleichfalls dreijährigen Mädchen, welches eine geringe Abweichung im unteren Brust- und Lendenteil der Wirbelsäule nach der rechten Seite erkennen läßt.

An dem Röntgenbilde zeigen die Hals- und oberen sieben Brustwirbel ein normales Verhalten, das nur insofern geändert ist, als die kranialen Flächen des fünften, sechsten und besonders diejenigen des siebenten Brustwirbels schräg von links unten nach rechts oben verlaufen. In den folgenden Wirbelsegmenten bestehen wesentliche Abweichungen von der Norm, bei denen mit Sicherheit aus dem Röntgenbilde zu erkennen ist, daß an den drei sich anschließenden Wirbelsegmenten links drei Gelenkflächen für Rippenansätze vorhanden sind, während sich rechts fünf Gelenkflächen mit ihren entsprechenden Rippen finden. Die Höhe der rechten Seitenfläche dieses Wirbelabschnittes ist daher größer als die linke; infolgedessen verläuft die kraniale Fläche des letzten Brustwirbels etwas von links oben nach rechts unten. Erst beim zweiten Lendenwirbel wird die Richtung der Wirbelflächen wieder normal.

Für die wahrscheinlichste Erklärung hält J. in diesem Falle die Auffassung, daß die Unregelmäßigkeit durch die Interpolation von zwei Halbwirbeln auf der rechten Seite entstanden ist, welche mit der zehnten und elften Rippe in Verbindung treten. Es folgen beiderseits alsdann noch zwei rippentragende Wirbel, so daß sich auf der rechten Seite 13, auf der linken nur 11 Rippen finden. Im Bereiche des Halses der 9., 10. und 11. Rippe rechterseits besteht eine knöcherne Verwachsung.

Mit wenigen Worten geht J. noch auf die Frage der Operabilität der Halbwirbel ein, an die man bei der Klarheit der für die Störung vorliegenden ätiologischen Momente denken könnte. Ist doch ein solcher Halbwirbel meist wie ein Keil in das Gefüge der Wirbelsäule hineingetrieben und damit eine dauernde, auf unblutigem Wege nicht zu beseitigende Ursache der Störung. Wohl selten dürften die Verhältnisse für einen Eingriff derartig günstig liegen, wie in dem ersten Falle, bei dem wegen des tiefen Sitzes des Halbwirbels speziell eine Verletzung der nervösen Zentralorgane kaum mehr zu erwarten

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein würde. Trotzdem hat J. geglaubt, von der Exstirpation des überzähligen Teiles absehen zu müssen. Wie J. bereits erwähnte, findet bei dem Kinde eine Berührung zwischen dem fünften und ersten Kreuzbeinwirbel nur noch am rechten Rande beider Wirbel statt. Die ganze übrige Partie der einander zugewandten Wirbelteile wird nur durch den zwischengelagerten Halbwirbel gestützt. Wir müssen demnach annehmen, daß als Folge des an sich bei der Tiefe der Teile äußerst schwierigen Eingriffs, falls derselbe gelänge, eine erhebliche Störung in der Funktion und Mechanik der Wirbelsäule zurückbleiben würde.

In der Frage der Behandlung der angeborenen Skoliose auf operativem Wege stimmt J. mit Mouchet und Kayser überein, welche beide gleichfalls bei den von ihnen beobachteten Fällen den konservativen Standpunkt vertreten.

Auch J. hat bei den beiden Kranken sich darauf beschränkt, durch eine gymnastische Behandlung sowie in dem ersten Falle durch eine Sohlenerhöhung an der linken unteren Extremität eine weitere Deformierung der Wirbelsäule möglichst zu verhindern. Grätzer.

G. Herxheimer und **F. Reinke,** Über den Einfluß des Ehrlich-Hataschen Mittels auf die Spirochäten bei kongenitaler Syphilis. (Aus dem Städt. Krankenhause in Wiesbaden.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 39.) In zwei Fällen kongenitaler Syphilis wurden 2 bzw. 4 Tage nach Anwendung des Ehrlich-Hataschen Mittels in allen Organen, außer in den Lungen, keinerlei Syphilisspirochäten, in den Lungen aber nur solche im Zustande der Agglutination und höchstgradiger Degeneration bis zum völligen Zerfall gefunden. Da gerade bei der kongenitalen Syphilis Spirochäten in ungeheuren Massen vorhanden zu sein pflegen, ist die enorme Syphilisspirochäten vernichtende Wirkung des neuen Mittels hier besonders einleuchtend. Grätzer.

L. Cohn, Die Bedeutung der v. Pirquetschen Hautreaktion im Kindesalter. (Aus der Säuglingsabteilung des Stadtkrankenhauses und der Fürsorgestelle für Lungenkranke in Posen.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 40.) C. faßt seine Beobachtungen wie folgt zusammen:

1. Der Hauptwert der v. Pirquetschen Reaktion liegt in ihrer Bedeutung für die Diagnose und Prognose der Säuglingstuberkulose.

2. Der positive Ausfall hat bei älteren Kindern und Erwachsenen keinen praktischen Wert; der negative spricht nicht sicher gegen Tuberkulose, wenn es sich um elende und kachektische Individuen handelt. Unterhalb des 3. Monats fällt die Reaktion stets negativ aus.

3. Die Infektion mit Tuberkulose geht zumeist im frühesten Kindesalter vor sich. Sie findet in tuberkulösen Famlien wesentlich frühzeitiger statt, wie in solchen, wo keine Tuberkulose der Eltern vorliegt.

4. Findet eine Infektion mit Tuberkulose im Säuglingsalter statt, so gibt diese eine schlechte Prognose. Von 18 im 1. Lebensjahre

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

infizierten Kindern starben 16; nur bei 2 Fällen fand während einer Beobachtungszeit von $1^1/_2$ Jahren eine Generalisierung der Tuberkulose nicht statt. Grätzer.

Hirsch (Wiesbaden), Tötliche Bleivergiftung eines 2jährigen Kindes, verursacht durch habituelles Lutschen an der Bettstelle. (Ebenda.) Die Bettstelle war mit Farbe angestrichen, die Bleiweiß enthielt. Wochenlanges Erbrechen, Kolik, Einziehung des Abdomens wiesen auf die Vergiftung mit Blei hin, das dann auch in Fäzes und Harn nachgewiesen werden konnte. Bleisaum und Pulsspannung fehlten. Grätzer.

E. Meyer, Eisensajodin in seiner rhino-laryngologischen Verwendung. (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 42.) M. schreibt:

„Von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld wird unter dem Namen „Eisensajodin" ein Präparat hergestellt, das die Wirkung von Jod und Eisen kombinieren, dabei aber vor dem Jodeisensirup nicht unwesentliche Vorzüge besitzen soll. Letztere beruhen vor allen Dingen in der vollkommenen Geschmacklosigkeit, in der handlichen Form und der Einhüllung in Schokoladenpulver, in der die Eisensajodintabletten à 0,5 in den Handel gebracht werden. Das Eisensajodin ist in Wasser unlöslich, dadurch wird ein ungünstiger Einfluß auf die Zähne ausgeschaltet, und endlich soll es von der Magen- und Darmschleimhaut ohne jeden Nachteil vertragen werden. Chemisch handelt es sich um die Eisenverbindung des von v. Mering in den Arzneischatz eingeführten Sajodin, die rund 25 % J und 5,7 % Fe enthält, demzufolge sind in jeder Tablette Eisensajodin zu 0,5 0,125 Jod und 0,028 Eisen vorhanden. Da die Geschmacksfreiheit des Präparates, seine Zusammensetzung und seine zweckmäßige Darreichungsform mir wesentliche Vorzüge gegenüber der bisher gebräuchlichen Jodeisenverbindung darzustellen schienen, hielt ich mich zu Versuchen mit dem Mittel für berechtigt; die Indikationen für seine Anwendung ergeben sich ohne weiteres aus seinen Komponenten.

Meine ersten Versuche bezogen sich auf Kinder mit lymphatischer Konstitution, die wegen der bestehenden Veränderungen am lymphatischen Rachenring besonders häufig spezialistische Behandlung aufsuchen, auch die bei den kleinen Patienten häufig auftretende Laryngitis nodosa führt sie zum Laryngologen. Ich habe 6 Kindern zwischen dem 4. und 12. Jahre Eisensajodin gegeben, zunächst wurde 2 mal täglich eine Tablette genommen, dann 3 mal am Tage, endlich stieg ich auf 2 × 2 Tabletten. Irgendwelche Störungen machten sich bei dieser Medikation nicht bemerkbar. Die kleinen Patienten nahmen das Präparat seiner Schokoladenumhüllung wegen nicht nur ohne Widerstreben, sie forderten sich sogar selbst ihre „Schokoladenplätzchen".

Unter dem Gebrauch des Mittels konnte ich regelmäßig alsbald eine Hebung des Appetits konstatieren; Kinder, die bis dahin schlechte Esser waren, nahmen die Nahrung lieber und in größerer Menge; dementsprechend war meist schon nach kürzerer Zeit eine Gewichts-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zunahme und Besserung der Gesichtsfarbe zu beobachten. Die Lymphdrüsenschwellungen bildeten sich etwas zurück, während eine Einwirkung auf die Rachenmandeln und die Gaumenmandeln nicht feststellbar war. Auch bei wochenlang fortgesetztem Gebrauch traten keinerlei störende Nebenwirkungen in die Erscheinung, insbesondere wurde das Eisensajodin von Magen und Darm anstandslos selbst von sehr schwächlichen Kindern vertragen.

Bei Strumen habe ich das Eisensajodin 4 mal in Dosen von 3—4 g verwendet, nur 1 mal bei einer mäßigen parenchymatösen Vergrößerung der Schilddrüse bei einem 14jährigen Mädchen konnte ich eine Abschwellung konstatieren; aber auch dieser Fall ist nicht ganz einwandsfrei, da gleichzeitig wie übrigens auch in den anderen Fällen lokal Jod in der Form von Jodvasogen eingerieben wurde.

Eine größere Zahl von Versuchen konnte ich bei chronischen Bronchitiden anstellen, bei denen gleichfalls 3—4 g pro die verabreicht wurden. Durchgängig war der Einfluß auf die Sekretion ein günstiger, das jähe, spärliche Sekret wurde reichlicher und mehr dünnflüssig, seine Entfernung weniger quälend; gleichzeitig war eine Abnahme der katarrhalischen, auskultatorisch nachweisbaren Geräusche zu bemerken. Ich zog daher auch drei Fälle von Asthma bronchiale, bei denen Nasenveränderungen vorhanden gewesen waren, in das Bereich der Behandlung. In drei schwereren Fällen von Asthma, die bereits vorher mit verschiedenen Jodpräparaten behandelt waren, trat eine auffallende Einwirkung des Mittels zutage. Ganz spontan wurde von zwei der mit Eisensajodin behandelten Patientinnen angegeben, daß die Wirkung eine sehr viel bessere und angenehmere sei als die des einfachen Sajodins, die Anfälle wurden leichter, weniger quälend und kürzer, während das Sajodin in gleicher Dosis fast wirkungslos geblieben war. Wie wir uns diesen Unterschied in der Wirkung zu erklären haben, ist schwer verständlich, da wir dem Eisen als solchem diesen Effekt kaum zuschreiben können; es könnte höchstens die Aufnahmefähigkeit für das Jod gesteigert, d. h. als Katalysator gewirkt haben. Grätzer.

R. Duhot (Brüssel), Unerwartete Resultate bei einem hereditär-syphilitischen Säugling nach Behandlung der Mutter mit „606". (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 35.) D. gibt folgende Krankengeschichte und Epikrise:

D. M., 22jährige Frau, die in der Ehe durch ihren Mann infiziert wurde, trat im März 1908 mit einer generalisierten Roseola in die Klinik ein. Kräftezustand sehr debil, Patientin verträgt schlecht die Injektion von grauem Öl und wird dann regelmäßig mit je 30 Inunktionen von 7 g Ung. einer. und mit Jodkalium innerlich behandelt. Das Gewicht nimmt ständig ab, und im Dezember 1909 wiegt die schon Gravide nur noch 45 kg. Die Tuberkulinreaktion gibt keinen Anhaltspunkt für eine bestehende Tuberkulose. — Im November 1909 treten dann maligne tubero-ulzeröse Syphilide der beiden Parotisgegenden auf; diese Geschwüre mit schmierigem Grund und violett verfärbten, abgehobenen Rändern weichen nur sehr schwer einer monatelang durchgeführten spezifischen Behandlung und energischen lokalen Kauterisationen mit Höllensteinstift. Die Narben, die nach Verheilung der Geschwüre entstehen, haben sich zu derben Keloiden verdickt und entstellen die Patientin sehr. Kaum ist die Heilung erfolgt, so entstehen neue Ulzerationen, die sich auf die Wangen und auf die Stirn erstrecken. Diese Geschwüre waren noch nicht geheilt, als trotz der Behandlung 3 neue aus-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gedehnte und tiefergreifende Geschwürsflächen entstehen, welche die Stirn und die Nasenwurzel, die ganze linke Supraorbital- und obere Wangenregion einnehmen. Die Geschwürsränder sind teils scharf begrenzt, teils abgehoben, und der Anblick der Patientin, deren Allgemeinzustand sich zwar gebessert hat, ist geradezu abstoßend. Während 1 ½ Jahren hatten trotz unserer Anstrengungen die Geschwüre das Gesicht der Patientin vollkommen vernichtet.

Am 4. Juli erfolgt die Geburt eines ausgetragenen weiblichen Kindes, das 2,900 g wiegt. Die Haut des Kindes ist rot, gerunzelt, und es hat das gealterte Aussehen, wie es für hereditär-luetische Kinder charakteristisch ist. Das Geschrei des Kindes ist sehr schwach und sein Saugvermögen sehr beschränkt und ist außerdem durch einen Nasenkatarrh noch wesentlich beeinträchtigt. Einige Tage nach der Geburt treten auf dem Körper papulöse Effloreszenzen und auf der Fußsohle dicke rote Papeln und einzelne kleine Pemphigusbläschen auf. Das Kind macht keinen lebensfähigen Eindruck. Vom 4.—25. Juli nimmt das Gewicht des Kindes nur um 100 g zu.

Am 25. Juli 1910 injizierten wir, da die Geschwüre auf dem Gesicht der Mutter beständig um sich greifen, 0,5 g 606 in die rechte Glutäalgegend und am folgenden Tage, 26. Juli, 0,45 g in die linke Glutäalgegend. Die zwar ziemlich starken Schmerzen wurden ohne Anästhetikum ertragen. Schon am übernächsten Tage war der Geschwürsgrund nicht mehr wiederzuerkennen. Am 6. August 1910, also genau 12 Tage nach der Injektion, war die tiefe Ulzeration vernarbt. Wir können mit allen, die diesen Heilungsverlauf mitbeobachten konnten, die erstaunliche Schnelligkeit, mit der die Vernarbung eingetreten ist, als geradezu wunderbar bezeichnen. Aber am 3. Tage waren wir noch mehr erstaunt, als wir die am Kind wahrzunehmenden Veränderungen sahen. Die Haut hatte an Stelle des dunkelroten Tons eine rosa Farbe angenommen, die Effloreszenzen und Blasen waren verschwunden, ebenso wie der Nasenkatarrh, und das Kind trank vorzüglich an der Mutterbrust. Hier kamen wir auf den Gedanken, daß die so plötzlich eingetretenen Veränderungen der Injektion von 606 zugeschrieben werden müßten, und haben den weiteren Verlauf sehr genau beobachtet. Die Milch wurde sofort analysiert, und unser Assistent, Herr Dr. Van Keerberghe, fahndete vergeblich auf Spuren von Arsen. Das Resultat war ein negatives.

Das Gewicht des Kindes nahm während der ersten Woche um 500 g zu, dann um 400 g in der zweiten und um 300 g in der dritten Woche, so daß der Säugling, der vom 4.—25. Juli um nur 100 g zugenommen hatte, vom 25. Juli bis 18. August, d. h. in 3 Wochen, eine Gewichtszunahme von 1200 g zeigte. Der Allgemeinzustand des Kindes erfuhr gleichzeitig eine vollständige Umwandlung. Die Haut glättete sich über den Muskeln, die eine stärkere Konsistenz annahmen, und das gealterte Aussehen verschwand vollkommen und machte einem ganz normalen Ausdruck Platz. Ein leichter Grad von Hydrozephalus besteht immerhin noch weiter.

Welcher Ursache sind nun diese so plötzlichen und so unerwarteten Veränderungen zuzuschreiben? Es unterliegt hier keinem Zweifel, daß der Erfolg der Behandlung, der sich die Mutter unterzog, zukommt; sie selbst hat mit der Injektion von 606 um 3 kg zugenommen. Der Säugling selbst ist keiner Quecksilberbehandlung unterzogen worden. Angesichts eines solchen Resultats könnte man sich die Frage vorlegen, ob es nicht noch besser wäre, dem Kind selbst das Mittel zu injizieren. Prof. Ehrlich hat uns selbst vor den sofort eintretenden schönen Erfolgen, die man auf diese Weise erzielen kann, gewarnt. Die Haut des Säuglings glättet sich zwar und wird rosa, die Pemphigusblasen trocknen ein, das Kind scheint wieder aufzuleben, aber nicht selten erliegt es trotzdem der Infektion durch die Toxine, welche die Myriaden der zugrundegehenden Spirochäten, mit denen der ganze Körper der Hereditärluetischen gewissermaßen gespickt ist, in Freiheit setzen.

Welches sind nun die besten Behandlungsmethoden für das Kind? Es ist nicht anzunehmen, daß durch die vom Kind mit der Milch

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufgenommenen antiinfektiösen Substanzen alle Spirochäten abgetötet sind; es genügt für die Rückbildung der Krankheitserscheinungen schon die Vernichtung der weitaus überwiegenden Quote der Spirochäten, was ja in diesem Falle auch erreicht sein dürfte. Daß die durch die Vernichtung der Spirochäten immerhin in beträchtlicher Menge freiwerdenden Endotoxine keinen Schaden verursachen, ist wohl dem Umstand zuzuschreiben, daß durch die Muttermilch dem Kinde spezifische Antitoxine zugeführt werden, durch die eine Neutralisation der Toxine erfolgt. Man muß aber immerhin mit der Wahrscheinlichkeit rechnen, daß zu einer bestimmten Zeit der zurückbleibende Rest nicht abgetöteter Spirochäten zu neuem Wachstum angeregt wird. Um dies zu verhindern, empfiehlt es sich, dem Kinde, sobald der Kräftezustand es erlaubt, eine Injektion von 606 zu geben, die so zu bemessen wäre, daß per Kilogramm 0,008—0,01 g verabreicht werden. Vielleicht dürfte auch die Beobachtung der Wassermannschen Reaktion in solchen Fällen einen wertvollen Fingerzeig geben. Was das Verhalten der Mutter anlangt, so würde eine erneute Behandlung nur im Falle eines auftretenden Rezidivs angezeigt sein. Grätzer.

O. v. Herff, Sophol gegen Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. (Aus dem Frauenspital Basel.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 37.) Auf Grund von 7500 Fällen kann Verf. das Sophol warm empfehlen. Die Methode ist sehr einfach. Man tröpfelt einen großen oder besser zwei oder mehrere Tropfen auf die geschlossenen Augenlider oder auf den inneren Augenwinkel. Das Kind öffnet die Augen von selbst oder bekommt sie durch leichten Zug geöffnet. Wird ein Phönixtropfglas der Firma Bandekow in Berlin verwandt, so ist jede Schädigung des Kindes auch bei ungeschicktem Vorgehen ausgeschlossen.

Auch als Therapeutikum hat sich Sophol durchaus bewährt. Grätzer.

W. Koch, Über bedrohliche Zufälle bei Anwendung von Mentholpräparaten im Säuglingsalter. (Ebenda.) Als einem Säugling mit Rhinitis acuta die Nase mit einem koryfingetränktem Tupfer ausgewischt wurde, bekam es einen schweren Anfall von Laryngospasmus. Grätzer.

J. Langer, Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida Schaudinn in den Vakzinen bei kongenital-syphilitischen Kindern. (Aus der kgl. Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 38.) L. bediente sich der Burrischen Tuschmethode und konnte mit deren Hilfe bei 7 geimpften Kindern 4 mal die Spirochaeta pallida in den Vakzinepusteln nachweisen. L. ist der Ansicht, daß nicht jede Vakzinepustel Spirochäten enthält, sondern daß es darauf ankommt, wo der Impfschnitt erfolgt: wenn dieser an einer bereits spezifisch veränderten Hautstelle angelegt wird, dann finden sich die Spirochäten in der Pustel. Grätzer.

Strempel, Ein Fall von irreponibler Luxation des Zeigefingers im Metakarpo-Phalangealgelenk. (Aus dem städt. Krankenhause zu Barmen.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 38.)

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am 21. IV. 1910 fiel ein 6jähriger Junge beim Versuch, von einem Stuhl herabzuspringen, auf die rechte Hand, so daß die Finger derselben in Hyperextension zu stehen kamen. Er verspürte sofort Schmerzen in der Gegend des Grundgelenks des rechten Zeigefingers und wurde alsbald seinem Hausarzt zugeführt, der die Diagnose auf dorsale Luxation des rechten Zeigefingers stellte. Längere Repositionsversuche ohne und mit Narkose waren vergeblich, deshalb wurde der Patient am 22. IV. dem Krankenhause zugewiesen.

Die rechte Hand war in der Gegend des Metakarpophalangealgelenks des Zeigefingers leicht geschwollen. Der Zeigefinger war etwa 1 cm verkürzt, wurde leicht gestreckt gehalten, und es konnte von ihm nur noch das Nagel- und Mittelglied unter heftigen Schmerzensäußerungen ein wenig gebeugt werden. Auf dem Handrücken war 1 cm proximal von der Metakarpophalangealgelenkslinie deutlich unter der Haut die Gelenkfläche der Basis des Grundgliedes des rechten Zeigefingers zu tasten. In der Hohlhand ragte, in der Höhe der Gelenklinie, aber etwas daumenwärts verschoben, direkt unter die Haut das Köpfchen des zweiten Mittelhandknochens. Diese etwas vorgewölbte Gegend der Hohlhand war besonders druckempfindlich. Die Diagnose war durch den Befund klar und wurde noch durch Durchleuchtung vor dem Röntgenschirm bestätigt. Vorsichtige Repositionsversuche während der Durchleuchtung und auch in Narkose waren vergeblich, daher schritt St. zur operativen Beseitigung. Es wurde eine ca. 4 cm lange volare Inzision über dem Köpfchen des zweiten Metakarpalknochens angelegt. Unter Schonung der Beugesehnen durch Beiseiteziehen wurde das Köpfchen freigelegt. Dieses war durch einen Längsriß der Gelenkkapsel herausgetreten und wurde von ihr knopflochartig umspannt gehalten. Nach leichter Einkerbung der Kapsel ließ sich diese über das Köpfchen zurückziehen, doch gelang auch jetzt die Reposition noch nicht völlig. Als Grund fand sich nach weiterer Inzision der Kapsel ein schrotkorngroßes, vom dorsalen Teil der Gelenkfläche des Metakarpalköpfchens abgesprengtes Knorpelstückchen, nach dessen Exstirpation die Reposition glatt und vollständig gelang. Nach Resektion von Kapselteilen und Naht der Kapsel durch 4 Katgutnähte Schluß der Wunde und fixierender Verband bis ans Endglied der Finger, die frei blieben. Glatter Verlauf. Am 29. IV. Entfernung der Fäden, die Wunde ist mit strichförmiger Narbe geheilt. Die Gegend des Metakarpophalangealgelenkes ist noch leicht geschwollen, der Zeigefinger steht normal und ist, bis auf eine Beschränkung der Beugung, in normalen Grenzen beweglich. Verordnung: Passive Bewegung und Massage. Entlassung am 1. V. 1910.

In der Literatur seit 1900 konnte St. nur 5 Fälle von Zeigefingerluxationen finden; einer davon war palmar, in den übrigen 4 Fällen handelt es sich, wie in obigem Fall, um dorsale Luxationen. Einmal gelang die unblutige Reposition glatt, in den drei anderen Fällen mußte gleichfalls die operative Behebung der Luxation vorgenommen werden, da die interponierte Kapsel ein unüberwindbares Repositionshindernis darstellte; von der Absprengung eines Knorpelstückchens, das außerdem noch als Repositionshindernis wirkte, wie in obigem Fall, ist bisher nichts berichtet. Im Fall von Bardenheuer

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Eller wurde völlige funktionelle Heilung erzielt, in den Fällen von Althop und Morestin war bei der Entlassung eine mäßige Beugungsbeschränkung vorhanden. Ebenso auch in obigem Falle, doch ist hier zu hoffen, daß bei ausgiebiger Anwendung von Massage und passiven Bewegungen eine weitere Besserung sich erzielen lassen wird. Grätzer.

G. Hartwig, Über den Einfluß einer chronischen Infektionskrankheit auf den Verlauf der Anaemia splenica infantum; ein Beitrag zur Therapie dieses Leidens. (Aus der Universitätskinderklinik zu Göttingen.) (Therap. Monatshefte. Okt. 1910.) Als neues ätiologisches Moment der Anaemia splenica, das zum mindesten den Krankheitsverlauf dieses Leidens wesentlich beeinflußt, und mit dessen Beseitigung auch die Bluterkrankung zur Heilung neigt, hat sich in 2 Fällen eine chronische Pyelozystitis erwiesen. Graduell mit der Besserung der letzteren näherte sich auch das Blutbild dem normalen.

Diese beiden Fälle beweisen, daß die ausgebildete Anaemia splenica überraschend schnell in Heilung übergeführt werden kann, wenn man die bestehende Infektion des Nierenbeckens therapeutisch mit Erfolg in Angriff nimmt. So liegt wohl auch der Gedanke nahe, daß die Pyelozystitis auch bei der Entwicklung des Krankheitsbildes in beiden Fällen wesentlich die Schuld trug. Die Anamnese ließ hier fast ganz im Stich; nur durch nachträgliches Inquirieren ergaben sich Anhaltspunkte dafür, daß das Harnleiden bereits längere Zeit bestand. Man darf trotzdem wohl annehmen, daß bei zwei durch chronische Ernährungsstörungen schwer geschädigten Kindern die hinzutretende Infektion der Harnwege zu dem schließlichen Versagen des blutbildenden Apparates führte. Eine sorgfältige Beobachtung des Urinbefundes dürfte zeigen, daß dieses Zeichen, das so oft im Leben wie auf dem Sektionstisch übersehen wird, öfter die Rolle spielt wie in den beiden Fällen. Hiermit ergibt sich wenigstens für eine Reihe von mit Anaemia splenica behafteten Fällen die Möglichkeit zu einer erfolgreichen Behandlung.

Bei der Behandlung von Pyelozystitis zeigte sich Hippol dem Urotropin weit überlegen, und so sehr man auch Wert auf die reichliche Flüssigkeitszufuhr legt, so scheint die Wahl des Desinfektionsmittels nicht gleichgültig zu sein. Hippol ist daher in der Dosis von 1 g pro die (4 mal täglich $^1/_4$ Pastille) in all den Fällen zu empfehlen, in denen uns Salol oder Urotropin im Stich läßt. Grätzer.

A. Baginsky, Allgemeine Grundzüge in der Behandlung der akuten Infektionskrankheiten der Kinder. (Die Therapie der Gegenwart. Oktober 1910.) B. beschäftigt sich zunächst eingehend mit dem Fieber und stellt hier folgende Sätze auf:

1. Hohe und nicht gerade exzessive Temperatursteigerungen (etwa bis 40,5 und selbst 41° C) werden im ganzen, insbesondere von Kindern, nicht allzu schwer vertragen, wenn sie nur kurze Zeit andauern. Ausgeschlossen müssen selbstverständlich etwa durch Eiterungsprozesse (Otitis, Zystitis usw.) örtlich bedingte und unterhaltene Temperaturen werden. Sie rechnen nicht hierher.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Exzessive Temperaturschwankungen zwischen 40—41° C und 36° C sind der Ausdruck septischer Infektion und nicht sowohl an sich, als vielmehr um des Prozesses willen, den sie indizieren (Septikämie, Pyämie), gefährlich.

3. Längerdauernde hohe Fiebertemperaturen, ohne wesentliche Remissionen über 39°—41° C sind unbedingt gefährlich; sie sind der Ausdruck schwerer Infektion, erschöpfen aber auch gleichzeitig an sich den Organismus.

4. Langdauernde, selbst nur in mittleren Temperaturschlägen schwankende Fieberbewegungen zwischen 37,8—39° C können um ihrer Dauer willen gefährlich werden, weil sie den Organismus durch die begleitenden Phänomene (Anorexie, Diarrhöen usw.) erschöpfen.

Was wird man aus diesen allgemeinen Sätzen für die Praxis zu lernen haben?

1. Gegen momentane, eben erst einsetzende, selbst hohe Temperatursteigerungen, hat der Arzt nicht nötig mit Antipyrese einzuschreiten, oder nur dann, wenn besondere Umstände (Konvulsionen, Delirien, große Unruhe usw.) dazu zwingen.

2. Die Antipyrese wird erst notwendig, wenn hohe Temperaturen (ohne wesentliche Remissionen) längere Zeit hindurch (5, 6, 8 Tage) andauern.

3. Die Antipyrese wird weiterhin ebenfalls notwendig, wenn mittelhohe Temperaturen längere Zeit hindurch (8—14 Tage) andauern (so bei Bronchopneumonien).

4. Die septischen Fieber (mit exzessiven Schwankungen) sind mit antipyretischen Mitteln, zu allermeist überhaupt nicht zu bekämpfen. Sie sind refraktär und weichen, soweit es überhaupt möglich ist, meist nur chirurgischen Eingriffen, soweit solche durch örtliche Affektionen indiziert sind.

Dies sollen wohl auch im allgemeinen die Grundsätze der Fieberbekämpfung der Infektionskrankheiten sein. Man wird an der Hand derselben sich vielleicht nicht in allen, aber doch in vielen Fällen für sein Handeln am Krankenbett zurechtfinden.

Über die Art der Antipyrese sagt B., daß man am besten

1. wenn irgendmöglich innerliche Antipyretika meidet, vielmehr den Versuch macht, mit Abkühlungen, Eisblasen, kühlen Waschungen, Einpackungen, Bädern (bei Kindern nicht unter 20° R) auszukommen. Man vergesse nie, daß die meisten innerlichen antipyretischen Mittel Herz oder das Blut schädigende Mittel sind;

2. daß man keinerlei Antipyrese anwende, die nicht von roborierenden Mitteln begleitet wird;

3. daß im allgemeinen die Antipyrese die Herzkraft nicht schwächen darf, vielmehr muß sie mit Mitteln erreicht werden, welche dem Herzmuskel zu Hilfe kommen.

B. bespricht sodann die Verwendung des Alkohols:

„Der Wein kommt nichts weniger, als lediglich durch seinen Gehalt an Alkohol, als roborierendes und stimulierendes Mittel am Krankenbette der infektionskranken Kinder zur Wirkung. Der Wein ist ein sehr komplexes, inhaltsreiches Medikament und bleibt, wie

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus der praktischen Erfahrung heraus geurteilt werden kann, das beste roborierende und stimulierende Mittel für Kinder, welche länger dauernden, mit Fieber verlaufenden Prozessen unterliegen. Ich halte denselben geradezu unentbehrlich und möchte ihn nicht missen, kann ihn selbst bei solchen Infektionskrankheiten, welche durch ihre Eigenart besonders die Nieren, wie beim Scharlach, mitzubeteiligen vermögen, in dem Augenblicke nicht missen, wenn im ersten Shok die Kranken der malignen Einwirkung des Virus auf das Herz zu erliegen drohen; für die mit längerem Fieber einhergehenden Infektionskrankheiten, wie den Typhus, halte ich ihn für das vorzüglichste Unterstützungsmittel der hydriatischen Antipyrese; er ist mir lieber als die sonst vielfach angewendeten Herztonika und Exzitantien, wie Digitalis, Koffein, Kampfer, Strychnin usw. wenngleich wohl auch diese Mittel gewiß nicht immer entbehrt werden können. So sehr mir bekannt ist, daß diese Anschauung und Erfahrung auf Gegnerschaft stößt, so wenig können mich die theoretischen Erörterungen und selbst die praktischen Erfahrungen über die Gefährlichkeit des Alkohols als Genußmittel für gesunde Kinder, von der Erfahrung der ausgezeichneten Wirkung des Weins auf längere Zeit hindurch fiebernde Kinder, abdrängen. Darum rate ich für die Mehrzahl der Infektionskrankheiten zur Anwendung einer mäßigen, aber wirksamen Gabe guten (ich verwende meist griechische Weine, aber auch Bordeaux- und Sherrywein) Weines, von 25—50—100 g pro die bei Kranken von 5—10—14 Jahren, in Verbindung mit der allgemeinen Antipyrese (beispielsweise in der fibrinösen Pneumonie)." B. fährt fort:

„Wie aber hervorgehoben, ist die Infektion nicht allein durch das Fieber, sondern durch eine größere Reihe von besonderen Erscheinungen, die durch die Mitleidenschaft der verschiedensten Organe ausgelöst werden, gekennzeichnet. Wir haben diese, da sie doch immer zu den Allgemeinerscheinungen rechnen, wenn auch nur kurz in den Bereich unserer Betrachtungen zu ziehen. Obenan fesseln unsere Aufmerksamkeit die nervösen Symptome: Schlaflosigkeit, Unruhe, Delirien, Konvulsionen. Sie können lediglich durch das Fieber bedingt sein und weichen alsdann der angewandten Antipyrese mit dem Herabdrücken der Temperaturkurve. Wo dies nicht der Fall ist, und sie durch die Eigenart der Intoxikation oder der Individualität der Kranken bedingt werden, erheischen sie besondere Maßnahmen. Es kann notwendig werden, einem Kinde, das längere Zeit hindurch schlaflos und unruhig sich umherwälzt, so ungern man dies auch tun mag, durch Narkotika Hilfe zu schaffen; soll ich ein besonderes empfehlen, so vermag ich als angenehmes Sedativum das Veronal anzugeben. In Gaben von 0,1—0,2 bei Kranken von 5 bis 10—14 Jahren bewährt es sich als gutes Mittel. Freilich ist es geboten, das Mittel absolut nur so lange anzuwenden, als es unbedingt unentbehrlich erscheint. Unruhe, Delirien, Jaktationen wird man immerhin nebenher neben der allgemeinen Antipyrese durch örtliche Applikation von Eis zu bekämpfen versuchen, während tieferen soporösen Zuständen gegenüber die allgemeine Antipyrese eventuell mit dem mechnischen Effekt kalter Übergießungen kombiniert werden kann. Die Exzitationszustände des Herzens und des gesamten Zirku-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lationsapparates werden gleichfalls in der auf das Herz applizierten Eisblase ein gutes Mittel finden, in Verbindung eventuell mit der Anwendung der eigentlichen Herzmittel, wie Digitalis, Koffein usw., wenn Schwächezustände des Herzens sich einstellen. In letzterem Falle, bei Herzarythmie, schwach und klein werdendem, allzu frequentem Puls, wird man immer wieder mit Vorteil auf den Gebrauch des Weines zurückgreifen, und nur im großen Notfalle, wo alles zu versagen droht, zu Kampfer und anderen Reizmitteln seine Zuflucht nehmen. Immerhin ist es eine der wesentlichsten Aufgaben der Ärzte, bei Infektionskrankheiten stetig die Herzaktion zu überwachen und rechtzeitig dem Kranken beizuspringen.

Für die allgemeinen Gefahren, die bei infektiösen Prozessen seitens des Respirationsapparates drohen, bieten meist schon die genannten Herzmittel gute Hilfe, denn zumeist sind die in den unteren Partien der Lungen eintretenden Katarrhe und Atelektasen die Folgen geschwächter Herzaktion. Unterstützt kann die Wirkung dieser Mittel indes doch durch die Summe der Expektorantien, vor allem aber auch durch Sauerstoffeinatmungen werden. — Es sei dies hier nur angedeutet, ohne daß ich in die Details der Dinge weiter eingehen möchte. — Was für den Respirationsapparat, gilt auch für die Nieren. Albuminurie ist wie erwähnt, vielfach der Ausdruck der Infektion, oder der Ausscheidung von Toxinen und Krankheitserregern durch die hierbei geschädigten Nieren; sie kann aber auch durch fehlerhafte Herzaktion bedingt sein. Hier vermögen, solange es sich nicht um echte Nephritiden handelt, subkutane Injektionen von Kochsalzlösung, am besten der von mir verwendeten $3^0/_{00}$igen Lösung (hypotonische Lösung), in Mengen von 100—200 g Abhilfe zu schaffen; im übrigen vermag Gebrauch von alkalischen Wässern, wie Wildunger, Vichy, Fachinger usw. durch Anregung der Diurese von Nutzen zu sein; wird doch durch dieselben der auszuscheidende Harn und mit ihm die die Nieren passierende Masse der Toxine verdünnt und so für das Nierenparenchym weniger schädlich gemacht.

Nicht minder von Bedeutung, das hin und wieder ebenfalls als ein Zeichen der Infektion in den Vordergrund tretende Erbrechen, oder auch die in gleicher Weise die Schwere der Infektion markierenden Diarrhöen eingerechnet, sind die Symptome der Mitbeteiligung des Intestinaltraktus. Beide Erscheinungen pflegen bei Kindern ganz besonders in dem Beginne der Erkrankung in den Vordergrund zu treten, und sie sind es vor allem, welche die schweren Kollapserscheinungen von Anfang an bedingen. Auch hier sind Kochsalzinfusionen und nebenher der Gebrauch von alkalischen Wässern, ebenso wie der von kaltem Tee die verläßlichsten Mittel, soweit nicht stimulierende Medikationen, wie wiederholte Kampferinjektionen und die innerliche Darreichung eines gekühlten Getränkes, noch nötig werden."

Grätzer.

W. Weber, Zur Kasuistik der angeborenen Atresie des Duodenums. (Aus dem Städt. Säuglingsheim in Dresden.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 33/34.) W. teilt einen Fall mit, der sich dadurch auszeichnet, daß die Atresie unterhalb der Vaterschen Papille saß, während sie sonst fast stets oberhalb liegt; auch war der Verschluß

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hier durch eine quer durch die Darmlichtung gespannte Membran zustande gekommen, während meist das Darmende blind schließt, strangartig fortgesetzt wird und von neuem blind endet. Grätzer.

G. Bluth (Charlottenburg), Ein neuer Fall von erythematös-vesikulo-pustulösem Hautausschlag nach Diphtherie. (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 35.)

„Fräulein Agnes W. in Berlin, 36 Jahre, virgo, seit 10 Jahren mir bekannt und mehrfach ärztlich behandelt. Anamnetisch: Eltern und Geschwister gesund, von Kinderkrankheiten nichts zu eruieren. Seit den Entwicklungsjahren beständig anämisch, oft an Katarrhen der Luftwege erkrankt und in den letzten 6 Jahren an Hämoptoe und hartnäckigen Lungenspitzenkatarrhen mehrfach von mir behandelt. In den letzten beiden Jahren unter wesentlicher Besserung des Allgemeinbefindens und Kräftigung die Lungenaffektion fast ausgeheilt. Am 19. Mai 1910 schweres Trauma der linken Hüfte und der Brustwirbelsäule durch Sturz von der Leiter auf ein Klavier mit nachfolgenden neuralgischen Beschwerden mehrerer Rippennerven, des linken Nervus ischiadicus und im linken Plexus bracchialis, Kopfschmerz, Schwindel usw. Am 17. Juni 1910 erkrankte sie plötzlich, im Hause eines Gastwirtes auf dem Lande wohnend, an Halsschmerzen mit hohem Fieber, angeblich, nachdem sie sich längere Zeit in einem Raume aufgehalten, in welchem einige Zeit vorher diphtheriekranke Hühner untergebracht waren. Tags darauf nach Berlin zurückgekehrt, sah ich die Kranke in ihrer Wohnung. Status praesens am 18. Juni 1910: Wenig kräftig gebautes, anämisches Mädchen von geringer Ernährung. Wangen von Fieberröte, Temperatur 39,8°, Puls 116, regelmäßig, wenig gefüllt; Zunge weiß, beide Tonsillen zeigen ausgedehnte, evident diphtherische, etwas auf den weichen Gaumen übergehende Beläge. Kehlkopf, Luftröhren frei. Herzdämpfung normal, doch an der Spitze systolisches Blasen und etwas akzentuierter zweiter Pulmonalton, Erscheinungen, die auch früher bestanden. Urin ohne Eiweiß.

Bei dem ziemlich guten Allgemeinzustand nahm ich von der Serumbehandlung Abstand, und vom dritten Tage an ging die Temperatur unter Abstoßung der Beläge bis auf 37° am fünften Tage herab. Auffällig blieb jedoch große Schwäche und der vollkommene Mangel an Appetit. Urin auch jetzt ohne Eiweiß.

Am siebenten Tage morgens Schwäche und leichter Schmerz in den Kniegelenken, vereinzelte rundliche, knotenförmige „rote Flecke" oberhalb der Kniescheiben und an den Streckseiten der Ellenbogengelenke. Befinden schlechter, Frösteln. Status am 26. Juni 1910: An den Streckseiten beider Knie- und Ellenbogengelenke polyzyklische Erytheme, einzelne Flecken auch um die Fußgelenke. Schwäche und leichte Schmerzhaftigkeit in den betreffenden Gelenken, sehr große Druckempfindlichkeit der Hacken und Fußsohlen; Stehen unmöglich; Temperatur 38,3°. Diagnose: Purpura rheumatica. Aspirin. In den folgenden beiden Tagen starke Zunahme der Erythemflecken und Ineinanderfließen mit starkem Hautödem, besonders der Ellenbogen; große Druckempfindlichkeit. Auf 2,0 Natr. salicyl. unter starkem Schweißausbruch das Erythem von zahllosen miliaren wasserhellen Bläschen bedeckt, welche sich über die Streckseiten und Innenflächen des Unterschenkels bis zum Fußrücken hinab und vom Knie den Oberschenkel hinauf bis zu den Leistengegenden und ebenso von der Mitte des Oberarmes bis zu den Handgelenken erstrecken. Auch um die Trochanter und an der rechten Bauchseite vereinzelte, bläschenbesetzte Erythemstellen, die Beugeflächen der Beine und Arme ziemlich frei, Fußsohlen, Handflächen, Rücken und insbesondere auch Brust vollkommen frei von Erythem und Bläschen. Temperatur 39,3°, Puls 104. Allgemeinbefinden ziemlich schlecht. Am folgenden Morgen die Bläschen eiterhaltig und zu zahlreichen Eiterpusteln von verschiedenster Größe bis zu stark eiterhaltigen, pemphigusartigen Gebilden entwickelt. Die Schmerzhaftigkeit der peripheren Nerven, besonders der Füße und Hände besteht fort. Nachmittags 5 Uhr 2 g Natr. salicyl. Unter enormer Schweißbildung 9 Uhr Patientin kollabiert, Oppressionsgefühl, Ohnmachtsgefühl, Puls frequent (120), klein, aussetzend, Temperatur 38°. Kampferölinjektionen mehrmals, Wein, Kaffee, worauf die Herzaktion gebessert und die Kranke sich erholt. Tags darauf Eröffnung der Eiterblasen, Borsalbenverbände. Allmählicher Fieberabfall bis 37°

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am vierten Tage nach Beginn des Exanthems, sodann schneller Rückgang der Oedeme und Epithelabstoßung in Fetzen. Die Haut an den erythematösen, besonders aber den bullösgewesenen Stellen zeigte starke Pigmentbildung. Am Herzen konnten, abgesehen von dem bereits vor der Erkrankung beobachteten systolischen Geräusch an der Herzspitze, keine besonderen abnormen Erscheinungen bemerkt werden. Urin auch jetzt ohne Eiweiß.

Die Diagnose bot mehrere Tage Schwierigkeiten. Der Gedanke, daß es sich um Purpura rheumatica handle, mußte beim Auftreten der enormen Bläschenbildung über den vom Erythem in ausgedehntem Umfange befallenen Hautpartien aufgegeben werden.

Wohl aber lag nun die Frage nahe, ob es sich als Folge der Diphtherie um multiple Bakterienembolien der Haut handle, ganz besonders vielleicht von Streptokokken infolge von Mischinfektion, wobei dann auch wieder, angesichts des erheblichen Fiebers und des bedrohlichen Allgemeinzustandes an septische Endokarditis zu denken war. Sind doch bei dieser Krankheit in der ersten Zeit nicht immer die Herzerscheinungen ausgeprägt.

Angesichts dieser diagnostischen Ungewißheit brachte die bakteriologische Untersuchung Klarheit. Der aus mehreren angestochenen Blasen entleerte Eiter war der Städtischen bakteriologischen Untersuchungsstation im Krankenhaus Westend übergeben worden, und es ergab sich als Untersuchungsresultat: „Im Anstrich mikroskopisch zahlreiche polynukleäre Leukozyten, keine Bakterien. Auch die angestellten Kulturen sämtlich frei von Bakterien."

Es lag also keine Mischinfektion vor, auch keinerlei Bakterienembolie der Haut, sei es durch Diphtheriebazillen oder sonstige Mikrobien, ebensowenig wie eine Endokarditis, sondern jener erythematöse, mit Bläschen besetzte und mit Fieber einhergehende Hautausschlag, wie er, allerdings selten, bei Diphtherie vorkommt."

Grätzer.

Demetrius Chilaiditi, Zur Diagnostik angeborener Lungenmißbildungen. (Aus der Abteilung für Kinderkrankheiten und dem Röntgeninstitut der allgemeinen Poliklinik in Wien.) (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 15. Heft 2.) Bei einem 10 Jahre alten, in der ganzen Entwicklung, besonders aber im Lungenwachstum und in der Ossifikation zurückgebliebenen Knabe stellte der Verf. neben anderen Mißbildungen (Verkleinerung des linken Daumens, Schwäche des linken Armes, Hypospadie, operierte Atresia ani) auf Grund der Anamnese und des klinischen Befundes (Dämpfung und abgeschwächtes bzw. stellenweise aufgehobenes Atmen über dem bei der Röntgenuntersuchung intensiv und homogen verdunkelten linken Lungenfeld) die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine angeborene Lungenmißbildung (Agenesie bzw. fötale Atelektase der linken Lunge) mit sekundärer Verlagerung des Herzens und kompensierender Hypertrophie und Hyperplasie der rechten Lunge.

H. Bauer (Emmendingen).

Pudor, Schulgärten und Kindergarten. (Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 14. Heft 3.) Die Verbindung der Einrichtung eines Schulgartens mit dem Gärtnern als Unterrichtsgegenstand ist in mehr als einer Hinsicht vorteilhaft. Zunächst wird die Pflanzenkunde nicht mehr ausschließlich am grünen Tisch gelehrt,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern in der freien Natur. Der Schüler, der selbst Pflanzen aufzuziehen und zu pflegen hat, bekommt einen tieferen Einblick in ihr Wesen, als wenn er sie nur auf seinem Pult vor sich liegen hat. Neben der Botanik könnten auch noch andere Fächer sehr wohl Nutzen aus dem Schulgärten ziehen; so z. B. die Zoologie; denn der Lehrer kann viele Tiere, wie Vögel, Schmetterlinge, Käfer und Würmer den Schülern im Leben zeigen. Das Gleiche gilt von der Mineralogie, Geologie, Physik und Chemie. Auch die allgemeinen Vorteile der Schulgärten sind sehr mannigfaltige. Zunächst wird dem Schüler eine sehr willkommene Erholung geboten; dann erhält er eine Anregung zum tieferen Erfassen der Natur. An der Hand der Bewirtschaftung wird der Ordnungssinn und das Schönheitsideal gefördert, er lernt die Wohltat der Selbstbetätigung und der Selbständigkeit. Endlich ist der ethische Einfluß dieser Tätigkeit nicht zu unterschätzen; er wirkt veredelnd und sittenbildend. Zuletzt verdient noch die hygienische Seite hervorgehoben zu werden. Das Gärtnern ist eine der gesündesten Leibesübungen, da sie nicht einseitig den Körper beschäftigt, sondern ihn harmonisch ausbildet.

Freyhan (Berlin).

E. Klausner, Über Lingua geographica hereditaria. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1910. Bd. CIII. Heft 1.) Die Landkartenzunge besteht in roten, von hellgrauen Rändern umsäumten Herden auf der Oberfläche, besonders an den Rändern und der Spitze der Zunge, in denen sich punktförmige Anschwellungen der Zungenpapillen erheben. Subjektive Beschwerden fehlen, mikroskopische Untersuchungen ergaben negative Resultate. Verf. beobachtete diese eigentümliche Affektion in einer gesunden, kräftig konstituierten Familie bei Großmutter, Mutter und mehreren Kindern und nimmt als Ursache der Erscheinung eine angeborene Debilität und erhöhte Reizbarkeit des Zungenschleimhautepithels an, die eine chronische Entzündung in Form der beschriebenen Flecke hervorbringt. Die Tatsache, daß die Schleimhautveränderungen am Morgen ausgebreiteter als am Abend erscheinen, erklärt Verf. so, daß die bei Tage stattfindende Epithelreizung eine intensive Plaquesbildung in der Nacht bewirkt, welche noch durch die Ruhigstellung der Zunge während des Schlafes begünstigt wird.

Max Joseph (Berlin).

Bogrow, Zur Kenntnis der falschen Hutchinsonschen Zähne (dentes pseudo-Hutchinsonii). (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1910. Heft 1.) Eine Zahnveränderung, welche Hutchinsonsche Zähne vortäuschen konnte, beobachtete Verf. bei einer Modistin infolge der Gewohnheit, Nadeln zwischen den Zähnen festzuhalten, wodurch bei der angeborenen leichten Brüchigkeit des Zahngewebes die eigentümlichen Zahndefekte entstanden. Zur Unterscheidung von wahren Hutchinsonschen Zähnen diente, daß der Ausschnitt nicht halbrund, sondern dreieckig, daß die vordere Fläche von dem Ausschnitt durch einen scharfen Rand getrennt, daß Stellung, Form, Ecken und Dimensionen der Zähne normal waren, sowie daß die allmähliche, künstliche Abschleifung des zwar normalen Zahnrandes beobachtet worden war.

Max Joseph (Berlin).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Botteri, Beitrag zu den seltenen angeborenen Augenhintergrundbefunden. (Aus der Univers.-Augenklinik Innsbruck.) (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Juliheft 1910.) Unter den atypischen Kolobomen sind die nasalgerichteten selten. Im ersten der beschriebenen Fälle fand sich an dem einen — schielenden — Auge ein einseitig nasales Coloboma chorioideae, über dessen Mitte ein großer Rest des Cloquetschen Kanals verlief; im zweiten Falle an dem einen — amblyopischen — Auge ein von der atypisch geformten Papille fast bis zur Linse reichender großer Rest eines Cloquetschen Kanals. Beidemal in der Umgebung multiple Pigmentanhäufungen.

Die Frage, ob diese Anomalien von fötalen Krankheiten oder von Bildungshemmungen im engeren Sinne herstammen, läßt Verf. unbestimmt, da sie äußerst schwierig und unsicher sei.

Zum Schlusse seiner Arbeit teilt Verf. noch zwei Fälle von auffallend schön ausgeprägter Membrana epipapillaris mit.

Sommer (Zittau).

Fromaget, Die Behandlung der hereditär-syphilitischen Keratitis. (Vortrag, gehalten auf dem Kongreß der Soc. franç. d'ophthalm.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juliheft 1910.) F. ist der Ansicht, daß die Quecksilbertherapie bei diesen Erkrankungsformen keinen Erfolg hat; vielmehr sei eine allgemein kräftigende Behandlung, mit Arsen, Jod, Lebertran anzuwenden. Die Heilung erfolgte um so besser, je jünger und kräftiger das betreffende Kind war.

Sommer (Zittau).

Nakaizumi, Sehnervenabszeß und Stauungspapille infolge von Meningitis. (Aus der Univers.-Augenklinik in Tokio.) (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Juliheft 1910.) Wenn auch das Auge mit dem Gehör bzw. mit der Hirnhaut in einer engen Verbindung steht, so gilt doch bei eitriger Meningitis die Stauungspapille als eine relative Seltenheit, was damit erklärt wird, daß der Scheidenraum im Gebiet des knöchernen Kanals oft durch eine entzündliche Infiltration derart verlegt ist, daß keine freie Kommunikation besteht.

In dem vom Verf. näher beschriebenen Falle (ein früher gesunder Junge, der fünf Tage nach einer Kopfverletzung Meningitissymptome zeigte) fanden sich bei der Sektion isolierte (!) Abszesse im Sehnervenstamm und in der Duralscheide.

Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Kalb, Über die Einwirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols auf die Lues der Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis congenita. (Aus der Dermatolog. Klinik des Städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 39.) Die acht geschilderten Fälle betreffen zwei Kinder mit Lues acquisita und mehrere mit Lues congenita. K. bemerkt, daß man absichtlich die Dosen der Vorsicht halber bei den ersten Versuchen klein gewählt hatte. Die Lösung wurde in neutraler

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Suspension intraglutäal injiziert. Zum Schlusse wurden einige Fälle mit der fertigen, in Ampullen sterilen, klaren Lösung behandelt. Die Anfangsdosen betrugen 0,02—0,03. Die Kinder vertrugen das Mittel alle anstandslos, augenscheinlich ohne Schmerzen und bekamen keine Infiltrate, weder durch die Suspension, noch durch die Lösung; auch unangenehme Zwischenfälle kamen nicht vor. Die Fälle sind insofern von Interesse, weil sie Komplikationen darbieten, von denen man in der bis jetzt bekannten einschlägigen Literatur keine Erwähnung findet. Es sei insbesonders auf ein Kind mit Parrotscher Pseudoparalyse, ferner auf ein anderes mit starker Lebervergrößerung aufmerksam gemacht. Ein dritter Fall ist deswegen wichtig, weil er ein Analogon zu den Fällen Taege und Duhot bedeutet, mit dem Unterschied, daß die luetische Mutter mit Kalomel behandelt wurde.

Wenn man das Material überblickt, kann man nachstehende Reihenfolge bezüglich der Heilwirkung des neuen Mittels aufstellen. Bei Lues acquisita verhält sich die Heilung der klinischen Symptome wie bei Lues der Erwachsenen. Auch hier verschwinden die Plaques ungemein rasch, dann folgt das Exanthem und an letzter Stelle die Drüsen. Mit der Hautreaktion verhält es sich ähnlich wie bei Erwachsenen. Bei Lues congenita schwindet am raschesten das Exanthem, dann die Knochenveränderungen (Periostitiden) und Pseudoparalyse, die Koryza kann rasch schwinden, kann aber auch länger anhalten. Das Hörvermögen hat sich bei dem einen Falle ebenfalls rasch gebessert. Auch K. neigt zu der Ansicht von Taege und Duhot, daß man die stillende Mutter mit Arsenobenzol injizieren soll, wenn dies durchführbar ist. Leider mußte man häufig auf die Ernährung mütterlicherseits verzichten, da es sich um Pflegekinder handelt, deren Mutter unbekannt oder verhindert ist, ihr Kind zu stillen; denn das Material von luetischen Kindern entstammte der ärmeren Bevölkerung. K. konnte bei den mit Arsenobenzol behandelten Säuglingen ohne jegliche Zwischenfälle gute Resultate erhalten. So ist es mit Freude zu begrüßen, daß wir im Arsenobenzol ein Mittel gefunden haben, das nicht nur unsere alten Syphilismittel an Sicherheit und Raschheit der augenblicklichen Einwirkung auf die Symptome übertrifft, sondern das auch hauptsächlich bei elenden, pädatrophischen Säuglingen mit schweren Magendarmkatarrhen, bei denen die Anwendung des Quecksilbers nicht eine gleichgiltige war, vorzügliche Dienste leistet, zumal auch das Körpergewicht und Allgemeinbefinden sich in jedem Falle zu heben scheint. Grätzer.

J. Hahn (Wien), Zur Dosierung der Medikamente im Kindesalter. (Wiener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 43.) Tabelle I zeigt die bedeutenden Unterschiede in den Angaben mehrerer wichtiger pädiatrischer und pharmakologischer Autoren über die dem jeweiligen Kindesalter entsprechende Teildosis von der jeweiligen Normaldosis für Erwachsene.

Tabelle II enthält die Angaben mehrerer pädiatrischer und physiologischer Autoren, betreffend das physiologische Körpergewicht in den einzelnen Lebensalterperioden bis zur Vollendung des Körperwachstums und Erlangung des physiologischen Maximums des Körpergewichts.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle I.

	Chabreley [1])	Hufeland [3])	Moeller [4])	Gaubius [2])	Tappeiner [5])	Uffelmann [6])	Vogel-Biedert [7])	Young [8])
1. Monat	—	—	—	—	—	—	—	—
2. „	—	—	—	—	$^1/_{40}$ = 2½ %	—	—	—
3.—4. „	—	5 %	—	—	—	0,02 — 2 %	—	—
5.—6. „	—	—	—	—	—	—	—	—
7. „	—	15 %	—	—	$^1/_{20}$ = 5 %	0,06 — 6 %	—	—
9.—11. „	—	—	—	—	—	0,08 — 8	—	—
12. „	—	—	—	$^1/_{12}$ = 8,3 %	—	—	—	—
2. Jahr	—	—	—	$^1/_8$ = 12,5	$^1/_{10}$ = 10 %	0,1 — 10 %	$^1/_{20}$ — 5 %	—
3. „	—	—	$^1/_{10}$ = 10 %	$^1/_6$ = 16,6	—	0,15 — 15	$^2/_{20}$ — 10	—
4. „	—	—	—	$^1/_4$ = 25	—	—	$^3/_{20}$ — 15	—
5. „	—	—	—	—	—	0,2 — 20 %	$^4/_{20}$ — 20	—
6. „	—	—	$^1/_4$ = 25 %	—	$^1/_3$ = 33,3 %	—	$^5/_{20}$ — 25	—
7. „	0,28 = 28 %	50 %	—	$^1/_3$ = 33,3 %	—	0,3 — 30 %	$^6/_{20}$ — 30	$^1/_3$ = 33,3 %
8. „	—	—	—	—	—	—	$^7/_{20}$ — 35	—
9. „	—	—	—	—	—	0,4 — 40 %	$^8/_{20}$ — 40	—
10. „	—	—	—	—	—	—	$^9/_{20}$ — 45	—
11. „	—	—	$^1/_2$ = 50 %	—	$^1/_2$ = 50 %	0,5 — 50 %	$^{10}/_{20}$ — 50	—
12. „	—	—	—	—	—	—	$^{11}/_{20}$ — 55	—
13. „	—	—	—	—	—	0,6 — 60 %	$^{12}/_{20}$ — 60	—
14. „	—	—	—	$^1/_2$ = 50 %	—	—	$^{13}/_{20}$ — 65	—
15. „	—	—	—	—	—	0,7 — 70 %	$^{14}/_{20}$ — 70	—
16. „	—	—	—	—	—	—	$^{15}/_{20}$ — 75	—
17. „	—	—	—	—	—	—	$^{16}/_{20}$ — 80	—
18. „	—	—	—	—	—	—	$^{17}/_{20}$ — 85	—
19. „	—	—	—	—	—	—	$^{18}/_{20}$ 90	—
20. „	—	—	—	$^2/_3$ = 66,6 %	—	—	$^{19}/_{20}$ — 95	—
21. „	—	—	$^1/_1$ = 100 %	$^1/_1$ = 100	—	—	$^{20}/_{20}$ — 100	—
26.—60. „	—	—	—	—	$^1/_1$ = 100 %	—	—	—

Diese Angaben variieren also im

3. Monat von	2— 5 %	3. Jahr von	10—16,6 %	7. Jahr von	28—50 %
7. „ „	5—15	4. „ „	15—25	14. „ „	50—65
2. Jahr „	5—12,5	6. „ „	25—33,3	20. „ „	66—95

also um 3—29 %, bzw. um das 1,3—3 fache; d. h. die nach einem der in Tabelle I zitierten Autoren bestimmte Dosis ist eventuell dreimal so groß, wie die nach einer anderen Kolonne derselben Tabelle bestimmte.

[1]) Moeller, Lehrb. d. Arzneimittellehre. Wien 1893 (S. 36). — [2]) Villaret, Handwörterb. d. ges. Med. Stuttgart 1899 (I. S. 498). — [3]) u. [4]) = [1]). — [5]) Tappeiner, Lehrb. d. Arzneimittellehre. Leipzig 1890 (S. 9). — [6]) Uffelmann, Handb. d. Kinderheilk. Wien und Leipzig 1893 (S. 43). — [7]) Ewald, Handb. d. Arzneiverordnungslehre. Berlin 1898 (S. 122). — [8]) = [1]).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Tabelle II.

	Hochsinger[1]) kg	Landois[2]) kg	Quetelet[3]) kg	Seitz[4]) kg	Uffelmann[5]) kg
Neugeborene	3,25— 3,5	2,91— 3,2	2,7 — 3,1	3,1— 3,3	3,2 — 3,5
1 Monat alt	4	—	—	3,8— 4	—
2 Monate „	4,7	—	—	4,6— 4,8	—
3 „ „	5,35	—	—	5,4— 5,6	—
4 „ „	5,95	—	—	6 — 6,2	—
5 „ „	6,5	—	—	6,6— 6,8	—
6 „ „	7	—	—	7,2— 7,4	—
7 „ „	7,45	—	—	7,6— 7,9	—
8 „ „	7,85	—	—	8 — 8,3	—
9 „ „	8,2	—	—	8,3— 8,7	—
10 „ „	8,5	—	—	8,6— 9,1	—
11 „ „	8,75	—	—	8,9— 9,5	—
12 „ „	8,95—10	9,3 —10	8,64— 9,22	9,2— 10	9,5 —10
2 Jahre „	11,5 —12	11,4 —12	10,58—11,17	11,7—12,5	11,5 —12
3 „ „	12,75—13,25	12,45—13,21	11,64—12,23	13,7—14,5	12,75—13,2
4 „ „	14,5 —15	14,18—15,07	13,0 —14,11	15,2—16,3	14,5 —15
5 „ „	16 —16,75	15,5 —16,7	14,18—15,63	16,5—17,8	16 —16,75
6 „ „	17,5 —18,25	16,74—18,04	16 —17,12	18,5—20,3	17,6 —18,2
7 „ „	19,25—20	18,45—20,16	17,52—19,05	20,5—22,8	19,15—20
8 „ „	20,25—21,75	19,82—22,26	19,04—20,63	22,5—24,8	20,8 —21,75
9 „ „	22,25—23,25	22,44—24,09	21,18—22,57	24,5—27,3	22,3 —23,2
10 „ „	24,25—25	24,24—26,12	23,51—24,51	26,5—29,8	24,2 —25
11 „ „	26,5 —27,5	26,25—27,85	25,57—27,26	28,5—32,3	26,6 —27,6
12 „ „	30,5 —31	30,54—31	29,66	31,5—34,8	30,6 —31
13 „ „	33,75—35	34,65—35,32	—	36,5—37,3	33,8 —35
14 „ „	36,75—39	38,1 —40,5	—	40,8—42,5	36,7 —39
15 „ „	41,5 —45	41,3 —46,41	40,18—43,56	44,8—48,5	41,5 —45
16 „ „	—	44,44—53,39	—	49,8—51,5	—
17 „ „	—	49,08—57,4	—	—	—
18 „ „	—	53,1 —61,26	—	—	—
19 „ „	—	63,32	—	—	—
20 „ „	—	54,46—65	54,24—64,56	—	—
21 „ „	—	—	—	—	—
25 „ „	—	55,08—68,29	—	—	—
30 „ „	—	55,14—68,9 (phys. Max.)	—	—	—
40 „ „	—	—	55,11—67	—	—
50 „ „	—	—	63	—	—

[1]) Hochsinger, Gesundheitspflege des Kindes. Leipzig u. Wien 1903 (S. 45 u. 182). — [2]) Schwalbe, Reichs-Med.-Kal. Leipzig 1909 (I., S. 219). — [3]) Villaret, Handwörterbuch d. ges. Med. Stuttgart 1899 (II., S. 156). — [4]) Seitz: Lehrbuch d. Kinderheilk. Berlin 1910 (S. 17 u. 18). — [5]) Uffelmann, Handb. d. Kinderheilk. Wien u. Leipzig 1893 (S. 5.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle III enthält die niedrigsten und höchsten Angaben der in Tabelle II zitierten Autoren über das physiologische Körpergewicht der verschiedenen Altersstufen bis zum erreichten physiologischen Maximum des Körpergewichts sowie das Verhältnis des für die einzelnen Altersstufen physiologischen Körpergewichts zum physiologischen Maximum, dieses als 100% = 1/1 angesetzt.

Tabelle III.

Alter	Körpergewicht in Kilogramm	Verhältnis zum physiol. Maximalgewicht des Erwachsenen in Prozenten
Neugeborene	2,70— 3,5	4,89— 5
1 Monat alt	3,8 — 4,0	6,89— 5,8
2 Monate „	4,6 — 4,8	8,3 — 6,9
3 „ „	5,35— 5,6	9,7 — 8,1
4 „ „	5,95— 6,2	10,79— 8,9
5 „ „	6,5 — 6,8	11,78— 9,8
6 „ „	7 — 7,4	12,6 —10,7
7 „ „	7,45— 7,9	13,5 —11,4
8 „ „	7,85— 8,3	14,23—12
9 „ „	8,2 — 8,7	14,8 —12,6
10 „ „	8,5 — 9,1	15,4 —13,2
11 „ „	8,75— 9,5	15,8 —13,7
12 „ „	8,64—10	15,6 —14,5
2 Jahre „	10,58—12,5	19,1 —18,1
3 „ „	11,64—14,5	21,1 —21
4 „ „	13 —16,3	23,5 —23,6
5 „ „	14,18—17,8	25,7 —25,8
6 „ „	16 —20,3	29 —29,4
7 „ „	17,52—22,8	31,7 —33
8 „ „	19,04—24,8	34,5 —35,9
9 „ „	21,18—27,3	38,4 —39,6
10 „ „	23,51—29,8	42,6 —43,2
11 „ „	25,57—32,3	46,3 —46,8
12 „ „	29,66—34,8	53,7 —50,5
13 „ „	33,75—37,3	61,2 —54,1
14 „ „	36,7 —42,5	66,5 —61,6
15 „ „	40,18—48,5	72,8 —70,3
16 „ „	44,44—53,39	80,5 —77,4
17 „ „	49,08—57,4	89 —83,3
18 „ „	53,1 —61,26	96,3 —88,9
19 „ „	63,32	91,9
20 „ „	54,24—65	97,8 —94,3
25 „ „	55,08—68,29	99,8 —99,1
30 „ „	55,14—68,9 (phys. Max.)	100

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle IV ergibt, wenn man aus praktischen Gründen nur die niedrigeren Werte der Tabelle III berücksichtigt und durch Weglassung der Dezimalstellen die dort angegebenen Prozentzahlen nach unten hin abrundet, die daselbst angeführten Verhältniszahlen zur Bestimmung der Dosis im jeweiligen Kindesalter aus der bekannten Dosis für Erwachsene.

Physiologische Tabelle (IV) zur Reduktion der üblichen Dosen für Erwachsene auf das dem jeweiligen Alter vor Vollendung des Körperwachstums entsprechende Maß.

Alter	Körpergewicht in Kilogramm	Verhältnis zur Dosis für Erwachsene
Neugeborene	2,7 — 3,5	4 % = $^1/_{25}$
1 Monat alt	3,8 — 4	5 = $^1/_{20}$
2 Monate „	4,6 — 4,8	6 = $^1/_{17}$
3 „ „	5,35— 5,6	8 = $^1/_{13}$
4 „ „	5,95— 6,2	8 = $^1/_{13}$
5 „ „	6,5 — 6,8	9 = $^1/_{12}$
6 „ „	7 — 7,4	10 = $^1/_{10}$
7 „ „	7,45— 7,9	11 = $^1/_{10}$
8 „ „	7,85— 8,3	12 = $^1/_9$
9 „ „	8,2 — 8,7	12 = $^1/_9$
10 „ „	8,5 — 9,1	13 = $^1/_8$
11 „ „	8,75— 9,5	13 = $^1/_8$
12 „ „	8,64—10	14 = $^1/_8$
2 Jahre „	10,58—12,5	18 = $^1/_6$
3 „ „	11,64—14,5	21 = $^1/_5$
4 „ „	13 —16,3	23 = $^1/_5$
5 „ „	14,18—17,8	25 = $^1/_4$
6 „ „	16 —20,3	29 = $^1/_4$
7 „ „	17,52—22,8	31 = $^3/_{10}$
8 „ „	19,04—24,8	34 = $^1/_3$
9 „ „	21,18—27,3	38 = $^1/_3$
10 „ „	23,51—29,8	42 = $^4/_{10}$
11 „ „	25,57—32,3	46 = $^4/_{10}$
12 „ „	29,66—34,8	50 = $^1/_2$
13 „ „	33,75—37,3	54 = $^1/_2$
14 „ „	36,7 —42,5	61 = $^6/_{10}$
15 „ „	40,18—48,5	70 = $^7/_{10}$
16 „ „	44,44—53,39	77 = $^3/_4$
17 „ „	49,08—57,4	83 = $^8/_{10}$
18 „ „	53,1 —61,26	88 = $^8/_{10}$
19 „ „	63,32	91 = $^9/_{10}$
20 „ „	54,24—65	94 = $^9/_{10}$
25 „ „	55,08—68,29	99 = $^1/_1$
30 „ „	55,14—68,9	100 = $^1/_1$

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brandenberg (Winterthur), Über Nestles dextriniertes und gemälztes Nährmittel. (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte 1910 Nr. 25). Das Präparat zeichnet sich durch niedern Fettgehalt und hohen Gehalt an löslichen Kohlehydraten aus; es ist ohne Milch bereitet. Es wurde stets gern genommen und hat sich gut bewährt. Es ist eine zweckmäßige Bereicherung der Beikost für Kinder nach dem dritten Lebensmonat und verdient weiter geprüft zu werden, speziell wo es sich um Intoleranz gegen Fett und Kohlehydrat handelt.

Grätzer.

H. Eichhorst, Über infantile Alkoholneuritis. (Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte 1910 Nr. 30). Am 4. Oktober 1887 wird der medizinischen Klinik ein achtjähriger Knabe zugeschickt, welcher seit zwei Jahren über Schmerzen in der Lendengegend klagt, zu denen sich eine mehr und mehr zunehmende Schwäche in den Bein- und Rückenmuskeln hinzugesellt hat. Der zuletzt hinzugezogene Arzt, der den Kranken nur einmal gesehen hat, vermutete ein Rückenmarksleiden und weist ihn in die medizinische Klinik. Eine Krankheitsursache läßt sich anfänglich nicht nachweisen.

Der Knabe bietet das klinische Bild einer progressiven Pseudohypertrophie der Muskeln dar. Nach vielen Monaten entdeckt man zufällig, daß der Bube ein Branntweintrinker sei, der sogar nachts heimlich sein Bett verläßt, um den Spiritus aus den Laboratoriumslampen auszutrinken und einer Wärterin verstohlen die Spiritusflasche leert, deren sie bei der Fensterreinigung bedurfte. Dadurch kommt man auf die Vermutung, daß es sich nicht um progressive Pseudohypertrophie der Muskeln, sondern um eine infantile Alkoholneuritis handle. Der Knabe wird fortan sehr streng bewacht und verläßt nach acht Monaten geheilt das Krankenhaus.

Der vorstehenden Beobachtung wird man nicht nur deshalb Aufmerksamkeit zuzuwenden geneigt sein, weil sie die Zahl der vier bisher bekannten Mitteilungen über infantile Alkoholneuritis um eine neue vermehrt, sondern auch vor allem deshalb, weil sie das Gebiet der Differentialdiagnose sowohl gegenüber der Pseudohypertrophie der Muskeln als auch der Alkoholpolyneuritis nicht unwesentlich erweitert. Jedenfalls legt sie den Gedanken nahe, in der Auffassung von angeblich geheilten Kranken mit Pseudohypertrophie der Muskeln sehr vorsichtig zu sein. Diese Beobachtung lehrt, daß trotz bestehender Alkoholneuritis der Patellarsehnenreflex dennoch recht lebhaft bleiben kann; aber darin liegt nichts für infantile Alkoholneuritis Eigentümliches, denn unter 45 Erwachsenen der medizinischen Klinik zeigte sich auch bei 4 der Patellarsehnenreflex erhalten und bei drei sogar gesteigert. Bemerkenswert war das Fehlen von spontanen und von Druckschmerzen und von Parästhesien. Daß gelähmte Muskeln bei Alkoholneuritis verfetten und dadurch an Umfang zunehmen, ist nicht unbekannt, nur kam hier die Fettentwicklung in den Wadenmuskeln E. ungewöhnlich lebhaft vor. Auch die Haut nahm an der Fettwucherung teil.

Die Erkrankung hatte vor allem die Unterschenkel- und Lendenmuskeln ergriffen. An den Armmuskeln fielen nur faszikuläre Muskelzuckungen in den Musculi deltoides auf. Unter 45 Erwachsenen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bekam E. zweimal derartige Zuckungen in Armmuskeln zu sehen. Aber auch bei Pseudohypertrophie der Muskeln sollen sie gegen die Regel bei einzelnen Kranken vorgekommen sein. Grätzer.

M. B. Schmidt, Die Bedeutung der Knorpelmarkkanäle für die Systemerkrankungen des wachsenden Skeletts. (Ebenda). S. zeigt zunächst, wie sehr die Knorpelmarkkanäle bei der Chondrodystrophia foetalis und bei der Osteochondritis syphilitica congenita von Bedeutung sind. Sodann bespricht er die Rachitis im Zusammenhang mit den Knorpelmarkkanälen. Dieser Teil sei wörtlich wiedergegeben.

„Endlich hat mich die Würdigung der Knorpelmarkkanäle auch zu einer Vorstellung über Ursprung und Bedeutung der Vaskularisation im wuchernden Knorpel bei Rachitis geführt, welche von den bisherigen wesentlich abweicht, dagegen in vollem Einklang mit den gleichzeitigen Mitteilungen von Schmorl steht; von dem dabei gewonnenen Standpunkt aus erhält man einen tieferen Einblick in den inneren Zusammenhang der drei Kardinalerscheinungen der rachitischen Knorpelstörung: Verbreitung der Wucherungszone, Mangel der Verkalkung, abnorme Gefäßsprossung.

Das wichtigste Ergebnis ist das, daß die ungewöhnliche Vaskularisation des Knorpels nicht aus einer Unregelmäßigkeit des normalen Ossifikationsprozesses, sondern aus einem ganz neuen Modus der Gefäßbildung hervorgeht, daß die Blutkapillaren, welche die gesamte Proliferationsschicht bis zum ruhenden Knorpel durchziehen, nicht abnorm lange und verzweigte Sprossen der Knochenmark-, sondern Abkömmlinge der Knorpelmarkgefäße sind. Die normale Vaskularisation ist durch das Prinzip gleichberechtigter Gefäßsprossen charakterisiert, welche parallel nebeneinander in gleicher Linie von einer Seite vorrücken, die rachitische durch das der baumförmigen Verästelung. In den vollentwickelten Fällen der Krankheit dringen die Gefäßbäumchen von allen Oberflächen der Wucherungszone in dieselbe ein, nämlich von unten her aus den Knorpelmarkkanälen zwischen Knorpel und Knochen, von oben her aus denjenigen zwischen wucherndem und ruhendem Knorpel und von außen her aus dem Perichondrium; ihre Stämmchen steigen in gemessenen Abständen und parallel durch die Proliferationsschicht, den längsverlaufenden Knorpelmarkkanälen entlang, auf und ab. Dieses Gefäßsystem zerstört den Knorpel in anderer Weise, als dasjenige des Knochenmarkes, seine Kapillaren wachsen nämlich nicht längs den Knorpelzellreihen vorwärts, sondern zunächst in der Interzellularsubstanz. So ist die Gefäßentwicklung im rachitischen Knorpel nach Ursprung und Art pathologisch.

Der Knorpel, welcher zwischen den sich verbindenden Gefäßstämmchen übrig bleibt, wird auf metaplastischem Wege zu osteoidem Gewebe. Die so umgewandelte Wucherungsschicht des Knorpels stellt die „spongioide Zone“ dar, welche, während die rachitischen Vorgänge weiter in die Epiphyse vorrücken, als etwas Fremdartiges zwischen dieser und der Diaphyse liegt. Sie ist also nicht Produkt des Knochenmarkes und nicht aus Bälkchen aufgebaut,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern ein von Gefäßkanälen durchfurchtes Massiv. Wohl kann sich an sie eine auf dem Durchschnitt ähnlich gebaute feinporöse Lage osteoider Substanz anschließen, welche vom Knochenmark gebildet ist und mehr oder weniger tief in die Markhöhle hineinreicht; aber sie ist eine sekundäre Bildung und Folge der besonderen mechanischen Verhältnisse, welche durch die Biegsamkeit der Epiphyse gegen die Diaphyse entstehen. Die subchondrale Spongioidzone dagegen ist integrierender Bestandteil der rachitischen Störung. Im weiteren Verlauf wird sie von der Diaphyse her vom Knochenmark durchwachsen und zu einem echten spongiösen Knochen umgebaut.

Daß die Verbreiterung der Proliferationszone im rachitischen Knorpel nicht auf einer Steigerung der Zellteilung beruht, sondern auf einer verzögerten Überführung des normal wuchernden Knorpels in Knochen, haben Pommer, Heubner, Schmorl angenommen. Den Beweis dafür liefern wiederum die Knorpelmarkkanäle: Bei einigermaßen schwerer Erkrankung trifft man an Rippen und Epiphysen in der auf 1 cm und mehr verbreiteten Schicht der Knorpelzellsäulen je nach der Wachstumsenergie der betreffenden Teile eine oder mehrere Queretagen von Knorpelmarkkanälen eingeschlossen, welche nach allen Richtungen hin Gefäßsprossen aussenden. Der Umstand, daß ihre gegenseitige Entfernung je ungefähr der Breite einer normalen Proliferationsschicht entspricht, zeigt, daß die Zellvermehrung nicht gesteigert ist, sondern in gewöhnlicher Weise von einer Etappe zur anderen fortschreitet, ohne daß jedoch die rückwärtigen Wucherungsschichten in gleichem Tempo in Knochen übergeführt würden.

So gewinnt der scheinbar sehr komplizierte Prozeß außerordentlich an Klarheit: Die abnorm reichliche und tiefe Vaskularisation des Knorpels ist nicht, neben dem Mangel der Kalkablagerung, der früheste Akt der ganzen Störung, sondern alles baut sich auf dem Ausbleiben der Auflöung des Knorpels vom Knochenmark her und der Ausbildung von Knochen auf; die Wucherung des Knorpels schreitet fort, und nun erst setzt seine Vaskularisation und Ossifikation von denjenigen Gefäßen aus ein, welche normalerweise mit der Umwandlung des Knorpels in Knochen direkt nichts zu tun haben und welche durch Metaplasie ein osteoides Gewebe aus ihm herstellen. Die erste Wirkung der Schädlichkeit, welche die Rachitis erzeugt, ist also nicht, wie man früher annahm, eine gesteigerte Proliferation an dem Knorpel und den Blutgefäßen, sondern eine Hemmung oder Verzögerung der normalen Ossifikationsvorgänge, welche vom Knochenmark ausgehen. Damit deckt sich die neuere Vorstellung über die Bedeutung der periostalen Verdickungen an Schädeldach und Röhrenknochen bei Rachitis; auch sie sind offenbar nicht primäre Äußerungen der Krankheit, sondern sekundäre, im Verlaufe derselben entstanden, nachdem und weil der Knochen weich geworden ist; denn ihre Verteilung am Skelett steht, wie Pommers Untersuchungen ergaben, in enger Beziehung zu den Wirkungen des Zuges von Seiten der Sehnen, Muskeln und Faszien, und ihrer Entstehungsursache nach sind sie wohl auf gleiche Stufe zu setzen mit der in den feineren Vorgängen ihre ganz analogen Neubildung von ossifizierendem Bindegewebe im Knochenmark (der sog. fibrösen Endostitis), welche offen-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bar den Effekt der neuen statisch-dynamischen Einflüsse, die den weich und biegsam gewordenen Knochen treffen, darstellen.

Um der Bedeutung der Knorpelmarkkanäle, soweit wir sie bis jetzt übersehen. ganz gerecht zu werden, erwähne ich zum Schluß, daß sie nach Schmorls eingehenden Untersuchungen auch auf das Bild des Knorpels bei heilender Rachitis von Einfluß sind. Die Heilung spricht sich am Knochen dadurch aus, daß die osteoiden Schichten vollkommen verkalken und zu fertigem Knochen werden, am Knorpel dadurch, daß die präparatorische Verkalkungslinie wieder auftritt. Schon aus früheren Untersuchungen war bekannt, daß letztere nicht, wie normal, an der Grenze des Knorpels gegen den Knochen liegt, sondern mitten im Knorpel darin. Das Bestimmende für diese Lokalisation ist das, daß die Kalkablagerung genau an derjenigen Stelle einsetzt, an welcher sie bei ungestörtem Knochenwachstum liegen würde, d. h. epiphysenwärts von derjenigen Knorpelmarketage, welche normalerweise eben in den Knochen einverleibt sein würde, im rachitischen Knorpel dagegen persistiert als erste vom ruhenden Knorpel aus gerechnet; sie hat dann über sich eine Proliferationszone von normaler Breite und Beschaffenheit, an welcher die ossifikatorischen Vorgänge sich wieder nach dem normalen Typus entwickeln können, während das rückwärts liegende, während der Erkrankung unverbraucht gebliebene Knorpelgewebe allmählich aufgelöst wird."

Grätzer.

W. Schulthess, Schule und Rückgratsverkrümmung. (Ebenda). Die Schule ist kein ursächliches Moment, sondern nur ein mitwirkendes. Nicht in der Fixierung bestimmter, durch die Schule veranlaßter Stellungen, sondern in der durch das Schulsitzen den Kindern gegebenen Gelegenheit bei schon vorhandener Verkrümmung und bei schwachem Skelett in zusammengesunkener Haltung stundenlang zu verharren, in der durch den Bewegungsausfall veranlaßten Verkümmerung des Skeletts und der Rumpfmuskulatur ist der üble Einfluß des Schulsitzens zu suchen.

Was kann nun die Schule bei der Behandlung tun? L. unterscheidet 3 Kategorien von Kindern:

1. Kinder, welche an einer krankhaften Schwäche des Skeletts leiden, die auf Rachitis, Osteomalazie oder verwandten Zuständen beruht und noch nicht zu fixierten, deutlichen schweren Verkrümmungen der Wirbelsäule geführt hat.

2. Kinder, die an ausgesprochenen, mehr oder weniger fixierten, aber leichteren Verkrümmungen leiden, bei denen aber Skelett und Muskulatur sich in verhältnismäßig besserem Zustande befinden.

3. Kinder, die an schweren Rückgratsverkrümmungen verschiedensten Ursprungs leiden, bei denen das eine Mal die zugrunde liegende Erkrankung abgeheilt, das andere Mal nicht abgeheilt sein kann.

Die erste Kategorie bedarf in erster Linie einer Allgemeinbehandlung, eventuell Aufenthalt in Seehospizen oder Höhensanatorien.

Die Kinder der 2. Kategorie bedürfen zum größten Teil einer

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

orthopädischen Behandlung, die ambulant durchgeführt werden kann. Sie wird der Hauptsache nach eine Bewegungshandlung eine heilgymnastische sein.

Von den Kindern der 3. Kategorie gehören die einen vollständig, die anderen zeitweise in interne Anstaltsbehandlung, denn hier wechseln die Heilfaktoren zu sehr, als daß man mit einem Ambulatorium allein auskommen könnte.

Was sagt nun die Schule zu dieser Klassifizierung und zu einem solchen Vorgehen? Was geschieht mit dem Unterricht? Für die erste Kategorie müsse er bei vielen dahinfallen. — Bei einer Anzahl kann er in der Form von Waldschulen erteilt werden.

Um diese Kinder hat sich die Schule nicht zu kümmern, da Behandlung und Erziehung derjenigen Anstalt zufallen, welche die Kinder aufzunehmen hat.

Bei der 2. Kategorie muß der Unterricht meistens wesentlich reduziert werden, damit die orthopädische Behandlung durchgeführt werden kann. Für eine Anzahl dieser Kinder kommt daher die Schaffung von Spezialklassen für körperlich schwache Kinder in Frage.

Für die 3. Kategorie kann der Unterricht nicht mehr in der üblichen Form der Volksschule erteilt werden. Hier müssen Spezialklassen errichtet werden, soweit die Kinder nicht in Spezialanstalten (Krüppelheime) als Interne aufgenommen werden.

Was die Schule in Beziehung auf den Unterricht zu leisten hat, beschränkt sich demnach auf teilweise Dispensation bei einer Anzahl von Kindern und auf Schaffung von Spezialklassen. Die Zahl dieser Klassen bezw. die Anzahl der hierher gehörenden Kinder läßt sich heute noch nicht übersehen. Vermutlich handelt es sich um Versorgung von ca. 2 Prozent in dieser Weise.

Nach dem Gesagten wäre der Weg ziemlich klar vorgezeichnet. Die verhältnismäßig große Zahl der von Rückgratsverkrümmung Betroffenen oder Bedrohten, die unverkennbare Schädigung, welche sie durch den Schulzwang erleiden, und das tiefe Einschneiden der Behandlung in den Erziehungsplan machen es notwendig, daß die Schule bei dieser ganzen Frage die Hände nicht in den Schoß legen darf.

Die Schule soll im Gegenteil die Fürsorge für die körperlich Anormalen mit in ihren Pflichtenkreis einbeziehen.

Sie soll für geeignete ärztliche Untersuchung der eintretenden Kinder besorgt sein. Sie soll die Schaffung von orthopädischen Ambulatorien anstreben bezw. unterstützen. Zu diesem Zwecke wird sie sich zweckmäßig an bestehende Anstalten anlehnen. Sie soll endlich dafür besorgt sein, daß die Kinder mit schweren Verkrümmungen in geeignete Anstalten untergebracht werden. Für beides sind die Krüppelheime die geeigneten Stellen.

Ein derartiges Vorgehen bedingt allerdings, daß der Schule ein orthopädisch gebildeter Arzt zur Verfügung steht, der die Kinder in die verschiedenen Kategorien einreiht und eventuell die Behandlung leitet.

Da aber nicht überall ein vollständig ausgebildeter Orthopäde vorhanden sein kann, so ist es wünschenswert, Ärztekurse einzurichten, in welchen praktische Ärzte für diesen Spezialdienst ausgebildet, mit

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

andern Worten, mit der Pathologie und Behandlung der Rückgratsverkrümmungen bekannt gemacht werden.

Die Versuche, welche da und dort in Deutschland gemacht worden sind, die Skoliosenbehandlung vermittelst der Einführung von sogen. von Turnlehrern und Turnlehrerinnen geleiteten orthopädischen Turnkursen durchzuführen, hält S. für einen Mißgriff. Die Behandlung kann in solchen Kursen nur schablonenhaft durchgeführt werden. Ihre Entstehung erklärt sich aus dem mangelhaften Verständnis, welches von Seite der Lehrer und auch mancher Ärzte der Pathologie der Rückgratsverkrümmungen entgegen gebracht wird. Es muß deshalb hier dadurch Abhilfe geschaffen werden, daß Ärzten und Lehrern, besonders Turnlehrern, Gelegenheit gegeben werden sollte, sich die notwendigsten Kenntnisse auf diesem Gebiete zu erwerben. Grätzer.

John B. Murphy, Removal of an embolus from the common iliac artery with reestablishement of circulation in the femoral. (Journ. of the Americ. medic. Assoc. 1909. Nr. 21.) Verf. machte diese Operation bei einem 14jährigen Mädchen, das 4 Tage zuvor eine im Verlauf einer chronischen rheumatischen Endokarditis entstandene Embolie der linken Femoralis bekommen hatte. Obgleich bereits Gangrän eingetreten war, die den Erfolg des Eingriffes unsicher machte, wurde ein Schnitt parallel mit der Femoralis unmittelbar unter dem Schenkelbogen gemacht, dann wurde die Arterie parallel ihrer Längsachse geöffnet und mit Pinzetten zunächst, dann mit einer kleinen Kurette das Gefäßlumen von den verstopfenden Gerinnseln befreit. Da auch jetzt noch nicht aus dem zentralen Gefäßende ein Blutstrom kam, wurde eine Urethralsonde, dann eine Uterussonde eingeführt, von unten nach oben, um den Katheterismus der Arterie auszuführen. So kam man, nach Überwindung eines deutlichen Widerstandes, bis in die Höhe der Bifurkation der Aorta; nunmehr kam das Blut im Strahl, wobei eine große Menge von Gerinnseln aufgerissen wurden. Naht der Arterie. Die Naht hielt sehr gut und in dem ganzen, von der Gangrän noch nicht erreichten Teil des Gliedes stellte sicht die Zirkulation wieder her; gleichwohl war 4 Tage später die Amputation nicht mehr zu umgehen, die im übrigen die Herstellung der Zirkulation in allen kleinen Gefäßen ergab. Das Hindernis war sonach wohl entfernt, zu spät freilich um die Nekrose zu verhüten, deren erste Zeichen schon bei der Aufnahme unverkennbar waren. Nichtsdestoweniger ist es bei genauer Befolgung der vom Verf. dargelegten Technik heute möglich, ein mechanisches Zirkulationshindernis, einen aseptischen Embolus aus einer großen Arterie zu entfernen, und es ist die Frage berechtigt, ob sich bei frühzeitiger Intervention nicht die schweren Folgezustände einer Arterienverstopfung vermeiden lassen. H. Netter (Pforzheim).

J. R. Hutchinson, Arsenvergiftung durch arsenhaltiges Konfekt. (Public Health. Januar 1910.) Die chemischen Untersuchungen wurden von Prof. Délépine ausgeführt, von demselben Chemiker, der bei der bekannten Biervergiftungsepidemie in Manchester 1900 hervorragend tätig war.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

62 Fälle von Vergiftung nach dem Genuß von Zuckerzeug kamen zur Kenntnis; 56 waren schulpflichtige Kinder, 5 waren jünger, 1 Fall betraf die Mutter eines der Kinder. Gewöhnlich waren nur 1 bis 4 Zuckerplätzchen gegessen worden; nach etwa einer Stunde traten Erbrechen, Bauchschmerz, Durchfall, allgemeines Krankheitsgefühl; die Kinder erholten sich alle noch am gleichen Tag oder am folgenden Tag wieder vollständig.

Das von Délépine nachgewiesene Arsen fand sich gleichmäßig sowohl in dem harten Kern als in der weicheren Oberfläche der Bonbons aus einer bestimmten Fabrik, die feucht und klebrig waren, verteilt, und zwar in einer Menge von 13 Teilen auf 10000. Einige der größeren Bonbons, die etwa 3 g ($^1/_{10}$ Unze) wogen, dürften wahrscheinlich bis 3 mg Arsenik enthalten haben. Die Herkunft des Arsens ließ sich nicht ausfindig machen. Délépine hält es für möglich, daß eine arsenhaltige Traubenzuckerlösung zur Fabrikation benutzt worden ist. Für die Vergiftungserscheinungen durch arsenhaltiges Bier im Jahre 1900 mußte ebenfalls Glykose verantwortlich gemacht werden. Die größte, damals von ihm gefundene Arsenmenge war $6\,^1/_2$ g auf das Pfund, während Prof. Campbell Brown 9 g pro Pfund nachweisen könnte. H. Netter (Pforzheim).

Plouchu und **Rendu**, Hypertrophie et suppuration du thymus chez un nourrisson mort subitement. (Lyon médical. 25. April 1910.) Plötzlich, in voller Gesundheit, bekam der 5 monatige Säugling einen Anfall von Zyanose von äußerster Heftigkeit, von dem er sich nach $^1/_4$ stündigen Bemühungen erholte. Ein zweiter Erstickungsanfall genau wie der erste, kam, ohne Prodrome, einen Monat später und raffte das Kind hinweg.

Bei der Autopsie fand sich akutes, doppelseitiges Lungenödem und eine hypertrophische, vereiterte Thymus, die, wie die histologische Untersuchung ergab, von miliaren Abszessen durchsetzt war. Verff. halten es für möglich, daß die aus der Aufhebung der inneren Sekretion der Thymus hervorgehende Hypertension einesteils, die Reizungen der Vagusendigungen durch das entzündete Organ andrerseits das Auftreten des akuten Lungenödems bewirkt oder begünstigt haben.

Wie dem auch sei, selbst wenn eine Lungenaffektion den Tod eines Kindes oder Säuglings genügend zu erklären scheint, muß die Thymus immer sorgfältig untersucht werden; manche Entzündung dieses Organs dürfte, mangels einer histologischen Untersuchung, unerkannt geblieben sein. H. Netter (Pforzheim).

Paisseau und **Voisin**, Sequelles psychiques de la méningite cérébro-spinale épidémique. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 20. Mai 1910.) 11, von epidemischer Zerebrospinalmeningitis geheilte Kinder konnten längere Zeit verfolgt werden. 3 waren von jeder Folge der überstandenen Krankheit verschont geblieben. 2 zeigten somatische Folgezustände (Taubstummheit, Herabsetzung des Sehvermögens, 6 boten psychische Störungen verschiedenen Grades (Reizbarkeit, Wutausbrüche, intellektuelle Schwächung, Instabilität). Diese psychischen Störungen traten mehr oder weniger lange nach

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Verschwinden der Meningitis auf. Sie scheinen hervorgerufen durch den Vernarbungsprozeß der entzündlichen Läsionen, der enzephalischen oder meningealen. Die Prognose muß mit Reserve gestellt werden, eine gewisse Zahl solcher Kinder bleibt intellektuell abnorm. H. Netter (Pforzheim).

Plauchu und **Rendu,** Ein Fall von angeborenem blauen Mongolenfleck. (La Province mèdicale. 11. Juni 1910.) Der vierte, aus Frankreich mitgeteilte Fall. Handtellergroßer, schieferfarbiger Fleck der Lenden-Gesäßgegend, hufeisenförmig, mit der Konkavität nach unten, auf Druck nicht verschwindend, ohne Haare und Gefäße an der Oberfläche mit weichen, verwaschenen Konturen.
H. Netter (Pforzheim).

H. Triboulet und **L. Ribadeau-Dumas,** Ostéopériostitis nodulaires symétriques des os plats du crane chez les nourrissons tuberculeux. (Arch. des maladies des enf. Oktobre 1910.) Die Diagnose der tuberkulösen Infektion beim Säuglinge ist oft mit Schwierigkeiten verbunden, da die meisten Zeichen, welche im späteren Alter den Verdacht auf diese Krankheit erwecken, meist vollständig fehlen. So z. B. Fieber, Dyspnöe, anamnotische Daten und verdächtige Lokalisationen. Bei vielen Kindern beobachtet man nur einen unerklärlichen Marasmus oder einen Magen-Darmkatarrh, der auf kein Heilmittel reagiert, als einzige Manifestation einer allgemeinen Tuberkulose. Es kann aber auch zur Entwicklung oberflächlicher Abszesse, wahrer tuberkulöser Gummen kommen, deren Natur durch den Nachweis Kochscher Bazillen im Eiter festgestellt werden kann. Die Verff. konnten bei tuberkulösen Kindern das Auftreten von symmetrischen frontalen, parietalen oder temporalen Schwellungen beobachten, deren wahre Natur durch die histologische und bakteriologische Untersuchung mit Leichtigkeit festgestellt werden konnte. Es handelt sich um tuberkulöse Veränderungen der Diploë unmittelbar unter dem Periosteo, und dieselben haben, falls sie im Verlaufe einer Atrophie oder unerklärlichen Dyspepsie auftreten, eine besondere diagnostische Wichtigkeit. E. Toff (Braila).

F.-X. Gouraud, La tuberculin-thérapie chez l'enfant. (Archives de méd. des enfants. Octobre 1910.) Die Behandlung der Tuberkulose mittels Tuberkulin dringt in immer weitere Kreise und findet auch im kindlichen Alter vorteilhafte Anwendung. Doch ergeben sich Verschiedenheiten sowohl in der Indikationsstellung, als auch in der Anwendungsweise.

Vor allem muß hervorgehoben werden, daß das Vorhandensein einer Lungentuberkulose beim Kinde die Tuberkulinbehandlung gänzlich kontraindiziert. Es sind zwar auch bei dieser Krankheit gute Erfolge erzielt worden, doch dürften diese nur ausnahmsweise sein, und man muß im allgemeinen festhalten, daß Kinder mit kranken Lungen die Tuberkulinbehandlung schlecht vertragen.

Hingegen ergeben Tuberkulose der Drüsen und Skrofulose, sowie auch Haut-, Knochen- und Gelenktuberkulosen gute Erfolge. Man kann schon Kinder von 8—10 Monaten dieser Behandlung ohne Schaden unterwerfen, denn dieselbe bildet eine aktive Immunisierung,

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

indem sie den Organismus anregt, seine immunisierende Kraft ins Spiel zu setzen.

Es sind zahlreiche Tuberkuline empfohlen worden, doch scheint, nach den gewonnenen Erfahrungen, das T. A. K.-Tuberkulin von Koch das beste zu sein, indem dessen Wirkung eine leichte und doch genügend aktive ist. Man stellt sich Lösungen verschiedener Stärke her und beginnt mit der schwächsten, indem man anfangs etwa $^1/_{100}$ oder $^1/_{1000}$ mg einspritzt. Man steigt langsam an, wobei nicht vergessen werden darf, daß Kinder dem Medikamente gegenüber relativ viel weniger empfindlich sind wie Erwachsene. Man muß hierbei sowohl die Temperatur und das Allgemeinbefinden, als auch die lokale Reaktion beobachten. Ist letztere zu stark, so muß man zu einer schwächeren Dosis zurückgreifen. Man kann ansteigend bis zu 1 ccm von T. A. K. gehen, da beobachtet worden ist, daß erst bei hohen Dosen das Antituberkulin im Blutserum auftritt.

Die Tuberkulinbehandlung gibt gute Erfolge hauptsächlich bezüglich des Allgemeinbefindens, des Gewichtes und der körperlichen Entwicklung. Die lokalen Veränderungen treten viel langsamer in Erscheinung, doch ist auch für dieselben die sofortige und entferntere Prognose eine entsprechend gute. E. Toff (Braila).

N. Athanasescu (Bukarest). Ein neues Zeichen für die Diagnose der beginnenden Pottschen Krankheit. Das Zeichen von Angelescu. (Revista stiintzelor med. Juni 1910). Die Therapie der Wirbeltuberkulose hängt zum großen Teile von der Evolutionsperiode, in welcher sich die Krankheit befindet, ab. Die besten Erfolge erzielt man unstreitig am Beginne der Erkrankung, und ein frühzeitiges Erkennen derselben ist also von großer Wichtigkeit. Ein solches Hilfszeichen ist das von Prof. Angelescu gefundene, welches der Verf. in seinem Aufsatz näher beschreibt.

Ausgehend von dem Grundsatze, daß die meisten Wirbeltuberkulosen an der Vorderseite der Wirbelkörper beginnen, und zwar unmittelbar unter dem longitudinalen Bande, muß angenommen werden, daß Zerrungen dieser Gegend von den Kranken schmerzhaft empfunden werden müssen. Hierzu legt man die betreffenden Patienten auf den Rücken und läßt sie sich derart biegen, daß der Körper nur auf den Fasern und dem Hinterkopfe aufliegt. Bei bestehender Wirbeltuberkulose fühlen die Kranken dabei entweder an der kranken Stelle einen starken Schmerz, oder das Biegen ist überhaupt nicht möglich, da die auftretenden Schmerzen ganz unerträglich sind.

Auf diese Weise konnte in zwei Fällen die Diagnose der Pottschen Krankheit in den ersten Anfängen gestellt werden, zu einer Zeit, wo weder Schmerz auf direkten Druck, noch Steifheit der Wirbelsäule, noch ein vorspringender Dornfortsatz zu finden war. E. Toff (Braila).

Em. Casassovici, Die Jodtinktur in der kleinen Chirurgie (Spitalul. Nr. 17. 1910). Die von Grossich in die operative Technik eingeführte Jodtinktur ist ein ausgezeichnetes Desinfektionsmittel für die verschiedensten Arten von Wunden und namentlich von infizierten Wunden, die man in vielen Fällen durch Pinselungen mit diesem

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mittel aseptisch machen kann. So hat der Verf. mehrfach Wunden, die mit Erde und anderen Fremdkörpern verunreinigt waren, gereinigt, dann mit Jodtinktur eingepinselt, genäht und über die Nähte wieder eine Schichte Jodtinktur aufgetragen; nach Abnahme des Verbandes war alles per primam geheilt. Man kann also sagen, daß die Jodtinktur als Desinfektionsmittel berufen erscheint, in der kleinen Chirurgie sehr gute Dienste zu leisten. E. Toff (Braila).

S. Ssuchanow, Dementia praecox und Syphilis. (Russk. Wratsch. 1909 Nr. 37). Die Dementia praecox ist eine der häufigsten Geisteskrankheiten, die hauptsächlich jüngere Individuen befällt. Als Ursache derselben wurde zunächst eine Autointoxikation mit den vitalen Zellprodukten der Geschlechtsdrüsen angesprochen; ebenso wurden auch Vergiftungen mit Stoffwechselprodukten des Magendarmkanals in Anspruch genommen. Pathologisch-anatomisch wurden Affektionen der Nervenelemente höherer Ordnung konstatiert. Verf. hält aber die Dementia praecox für eine Folgeerscheinung der hereditären Lues und stützt sich dabei auf die Untersuchungen des russischen Arztes Kljutscheff, der in 80 Proz. bei dieser Krankheit mehr weniger ausgesprochene Symptome der hereditären Syphilis gefunden hat. Der Bau der höheren psychischen und Nervenzentren ist in solchen Fällen ab ovo ein unregelmäßiger, labiler, und diese sind deshalb sehr leicht Störungen unterworfen. Eine Bestätigung seiner Anschauung findet er auch in dem Umstande, daß in 25 % der Fälle von Dementia praecox die Wassermannsche Reaktion positiv ausfällt. Aus dem für ihn zweifellosen Zusammenhang zwischen Dementia praecox und Syphilis leitet der Verf. auch Hoffnungen für die Therapie (er denkt an Serumbehandlung) ab.

S. Rubinstein (Riga).

W. Bjelilowski, Einige Bemerkungen zur Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen Serum sowie zur Bakteriologie des Scharlachs. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 32.) Im Februar bis Mai 1908 behandelte Verf. 45 Scharlachfälle, worunter 4 hoffnungslose und 15 schwere, mit Injektionen des Moserschen Serums, das zwischen dem ersten und vierten Krankheitstage eingespritzt wurde. Die Resultate waren günstig: insgesamt (die hoffnungslosen und schweren Fälle eingeschlossen) 17 % Sterblichkeit. Er verwandte in 30 Fällen das Serum auch zu präventiven Injektionen, von diesen erkrankten 5, die alle genasen. In fast der Hälfte seiner Fälle beobachtete der Verf. einige Stunden nach der Injektion ein sich von der Einstichstelle, gewöhnlich Angulus scapulae oder Haut des Abdomens, strahlenförmig über den ganzen Rücken, Leib und Brust ausbreitendes papulöses Exanthem, das sehr heftig juckte. In einem Falle sah er ein papulöses exulzerierendes Exanthem, das sich über den ganzen Köper ausbreitete und ein stark schmerzhaftes Ulkus der Hornhaut hervorrief. Der Fall endete letal.

In bezug auf die Bakteriologie des Scharlachs hält der Verf. eine besondere Streptokokkenart für den Erreger dieser Krankheit. Er züchtete sie aus dem Rachenbelage von Scharlachkranken, unterwarf sie behufs Reindarstellung einer Tierpassage und schildert diese

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Streptokokkenart als heller und größer wie die gewöhnlichen Streptokokken. Auf Agar bildet sie nicht runde einzelne Kolonien, sondern eine Membran, die der von den Diptheriebazillen gebildeten ähnlich ist.

S. Rubinstein (Riga).

R. Jemma, Über die durch Leishmansche Parasiten hervorgerufene Anaemia splenica der Kinder (Rif. med. Nr. 12—13. 1910). In 7 Fällen kindlicher Anaemia splenica konnte Jemma im Milzsaft die Leishmanschen Körperchen nachweisen, und zwar in 6 mikroskopisch, in 1 durch den Tierversuch. Neben dem Affen ist der Hund das einzige empfindliche Tier. In einem zum Exitus gekommenen Fall sowie bei verendeten Hunden fand sich der Parasit meist in Milz, Leber und Knochenmark. Es wäre denkbar, daß die Übertragung der Krankheit auf die Kinder von Hunden ausgeht, aber von 170 getöteten Hunden wies keiner den Parasiten auf; ebenso ist nicht zu sagen, wer den Parasiten vom Hunde auf den Menschen als Zwischenwirt übertragen würde. Eine Identität der Anaemia splenica mit den tropischen Kala-azar ist aber trotz des sehr ähnlichen Erregers aus vielen Gründen abzulehnen.

M. Kaufmann.

V. Machado, Studium des Genitalausflusses der Kinder. (Med. de los Niños Nr. 9, 1910). Die Arbeit stammt aus der Kinderambulanz „Dispensario Moncorvo" zu Rio de Janeiro. In 7 Jahren kamen dort 21531 Kinder zur Beobachtung, von denen 102 = 0,473 Proz. mit Genitalausfluß behaftet waren, davon nur 4 Knaben. 44 davon waren nicht mikroskopisch nachgewiesene Gonorrhoen. 14 Kinder standen im 1, 29 im 2.—4. Lebensjahre. Nur bei 13 Kindern war der Ausfluß das einzige Leiden, 34 hatten tuberkulöse oder hereditär-luetische Affektionen.

M. Kaufmann.

A. Oliari, Rachitis und Spasmophilie. (Pediatria. Nr. 8. 1910.) Unter 11000 Kindern der Kinderklinik zu Parma befanden sich 1766 mit Rachitis; von ihnen hatten 1144 keine spasmophilen Symptome in der Anamnese bzw. während des klinischen Aufenthalts, 542 hatten solche, bei 80 versagen die Krankenblätter. 1500 von ihnen kamen wegen der Rachitis, 266 wegen der Spasmophilie in die Klinik. Von den 1500 wegen Rachitis Gekommenen hatten also 276 spasmophile Symptome, nämlich 167 Eklampsie, 96 Tetanie oder Laryngospasmus, 13 Spasmus nutans oder Laryngospasmus. Von den 1500 hatten 27 ausschließlich Muttermilch bekommen, von ihnen hatten 7 spasmophile Symptome. Von 337 Kindern, die mit akuten spasmophilen Symptomen kamen, hatten 266 Rachitis, 71 keine. Von einer Gruppe von 254 Spasmophilen, von denen 214 rachitisch waren, 40 nicht, hatten nur 16 ausschließlich Muttermilch bekommen. Von diesen 16 bestand bei 11 Rachitis und Spasmophilie zusammen, bei 5 nur Spasmophilie. Also bei 1500 rachitischen Kindern bestand nur in 18,4 % Spasmophilie, während von 337 Spasmophilen 78,9 % rachitisch waren. Wenn so auch bei Spasmophilen die Rachitis sehr häufig ist, so können doch beide Affektionen, und ganz besonders die Rachitis auch für sich allein bestehen, und im allgemeinen sind es nicht die Kinder mit besonders schweren rachitischen Erscheinungen, die spasmophile Symptome haben.

M. Kaufmann.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

G. B. Allaria, Untersuchungen über Laktase im Säuglingsspeichel. (Reform. med. Nr. 21, 1910). Die Untersuchungen von Speichel und von Magensaft bei 5 gesunden und 12 kranken Säuglingen zwischen 3 und 17 Monaten ergab niemals das Vorhandensein eines milchzuckerspaltenen Ferments. Man kann also wohl behaupten, daß der Speichel des Säuglings kein solches enthält, und daß der Milchzucker erst jenseits der Pylorus der Spaltung anheimfällt.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Außerordentliche Sitzung am 31. Oktober 1910.

(Nach der deutschen med. Wochenschrift.)

Vorsitzender: Biesalski; Schriftführer: Finkelstein.

1. Biesalski: **Vorstellung von Kindern mit schlaffen und spastischen Lähmungen nebst Bemerkungen über die heutige orthopädisch-chirurgische Behandlung dieser Krankheiten.** Gegenüber dem Zustand, daß man für vollständig gelähmte Kinder gar nichts tun konnte, war die Anfertigung von Apparaten ein gewaltiger Fortschritt. In ihnen können die Kinder stehen und manchmal auch notdürftig gehen. Bei sehr schweren Lähmungen erwachsener fetter Personen ist es auch heute noch das beste, sie in einen Selbstfahrer zu setzen, weil sie in ihm beweglicher sind als in Apparaten. Der Ruf der modernen Orthopädie heißt „los vom Apparat". Das erreicht man durch Arthrodesen der Gelenke und Plastiken von Muskeln und Sehnen. Es werden geeignete Fälle als Illustration dazu vorgestellt: ein völlig gelähmter Junge von 16 Jahren im Selbstfahrer, der nur einige Fingerbewegungen auszuführen vermag und damit Stühle flicht, ein gleich schwer gelähmtes Kind, das nach entsprechenden Operationen in Stützapparaten gehen kann, eine Quadrizepsplastik, mehrere Fälle von Sehnenscheidenauswechselung (siehe Nr. 35 der Münch. med. Wochenschrift) und einige Kinder mit einer nach besonderer Technik ausgeführten Sprunggelenksarthrodese, welche die Plantarflexion des Vorderfußes verhindert. Bei den spastischen Lähmungen pflegt Vortragender die bestehenden Kontrakturen durch Medikomechanik, Massage und Heißluft zu behandeln und alle verkürzten Weichteile, Muskeln, Sehnen, Faszien, Bänder durchzuschneiden. Das Resultat wird durch Apparate festgehalten, und schon 14 Tage nach der Operation beginnen die Kinder zu gehen. In schweren Fällen, in welchen primär eine starre spastische Versteifung der Gelenke besteht, wird die Förstersche Operation gemacht. Mehrere Kinder, welche vorgestellt werden, illustrieren diese Thesen. Außerdem wird ein besonders schwerer Fall von Littlescher Krankheit mit hochgradigster Atethose, die sich bis auf Mimik, Schluck- und Zungenbewegung erstreckt, demonstriert, bei dem nicht die geringste Intelligenzstörung besteht.

2. Wierzejewski: **Werdegang eines Schienenhülsenapparates.** Kurzer Überblick über die Entstehung orthopädischer Apparate mit Demonstration des dazu verwendeten Materials: Grundbedingung für gutes und zweckmäßiges Sitzen eines Apparates ist ein exakter Gipsabguß. Auf das Gipsmodell werden Stahlkreuze angepaßt und angenagelt, ebenso sogenannte „Hessingplättchen". Hierauf wird „teilgares" nasses Walkleder aufgewalkt. (Beschreibung der Herstellungsweise des Walkleders.) Währenddessen werden „Außenschienen" und „Innenschienen" mit Gelenken, Verstellvorrichtung usw. geschmiedet resp. gefräst. Nach Trocknen des Walkleders werden die Schienen auf das Modell angepaßt und hierauf vernickelt. Nachdem die Lederhülsen mit Laschen und Schnürvorrichtung montiert sind, werden die Schienen an die Hülsen genietet. Der Beckenkorb wird meist nach Maß gearbeitet und am Körper angepaßt. Nur Leder- oder Zelluloidbeckenkörbe werden nach Gipsmodellen gearbeitet. (Beschreibung einer Hessingsandale.) Der Billigkeit wegen können statt Lederapparaten in vielen Fällen einfache „Bänderapparate" benutzt werden. (Demonstration.) Erklärung der Wirkungs-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weise der wichtigsten orthopädischen Apparate: Einer Klumpfußredressionsschiene nach Biesalski, eines Korsetts nach Schlee, ferner einer Subluxation im Kniegelenk und eines Skoliosen-Detorsionskorsetts, beide eigener Konstruktion. Demonstration eines Patienten mit Spondylitis cervicalis mit einer „Halskrawatte".

3. Künne: **Demonstration von Kindern mit angeborenen Mißbildungen.** a) Angeborene Skoliose. Das eine Kind hat — wie durch das Röntgenbild nachgewiesen ist — sechs Lumbalwirbel, zehn normale Brustwirbel, einen Keilwirbel, der etwa dem ersten Brustwirbel entsprechen würde, da von ihm aus eine Rippe abgeht. Zwischen dem sechsten und siebenten Halswirbel noch ein Keilwirbel. Auf der Keilwirbelseite elf Rippen, auf der anderen zehn Rippen. — Das Röntgenbild des anderen Kindes zeigt den letzten Lendenwirbel in Form eines Ringes. Der Wirbelkörper scheint defekt.

b) Amniotische Abschnürungen an Armen und Füßen. Bei dem einen Fall ist — abgesehen von anderer Abschnürungen — am Unterschenkel eine tiefe zirkuläre Furche zu sehen. Trotzdem hat sich der Fuß gut entwickelt. — Bei einem weiteren Fall schwankt die Diagnose, ob es sich um eine Abschnürung oder um eine primäre Ursache handelt.

c) Beiderseitige Radiusköpfchenluxation, entstanden wahrscheinlich intra partum. Nebenbei besteht Littlesche Krankheit.

d) Ein Fall von partiellem Ulnadefekt mit Ankylose (knöchern) des Ellbogengelenks.

e) Totaler Defekt des fibularen Strahls. Es fehlt die ganze Fibula und die fünfte Zehe mit Metacarpus.

f) Ein Kind mit Defekt beider Füße (Ektromelie) und Verkürzung der Unterschenkel. Die Unterschenkelknochen teilweise noch knorpelig (Alter des Kindes $2^1/_2$ Jahre!)

4. A. Reiche: a) **Lues Congenita.** $3^1/_2$ Wochen alter Säugling, der an Lues congenita leidet und dessen obere und besonders untere Extremitäten in Kontrakturstellung stehen. Das Röntgenbild zeigt eine Osteochondritis syphilitica des linken Oberarmknochens und im linken Ellbogengelenk. Es ist nicht ohne weiteres klar, ob die Kontrakturen infolge einer Myotonia syphilitica oder infolge Lagerungsanomalien im Uterus entstanden sind.

b) **Rachitis und deren Folgezustände.** R. zeigt ein 6jähriges Mädchen (19400 g schwer), das an infantiler Osteomalazie leidet und dessen obere und untere Extremitäten schwere Verkrümmungen aufweisen. Das Röntgenbild zeigt zahlreiche alte und neue Spontanfrakturen an den Extremitätenknochen. Dann demonstriert er Folgezustände von Rachitis, wie Skoliose, Coxa vara, Crura rachitica und Plattfüße, und bespricht dabei die in der Anstalt üblichen Behandlungsmethoden. Er zeigt z. B., wie bei Skoliosen der Gipsabguß des Rückens gemacht, dieser redressierend modelliert wird, und wie dann über diesem korrigierten Modell das Gipsbett hergestellt wird. Ferner zeigt er ein Kind im Langeschen Lagerungsbrett, in welchem man besonders die Torsion der Wirbelsäule behandeln kann. R. weist ferner darauf hin, daß die Behandlung jeder Skoliose durch ein genaues Meßverfahren in kurzen Zwischenräumen kontrolliert wird. Bei Besprechung der Therapie der Coxa vara demonstiert er ein Kind auf einem Spreizbrett. Früher wurde das forcierte Redressement geübt. Dabei erlebte man aber einige Asphyxien, wahrscheinlich infolge von Fettembolie, daher werden die Kinder jetzt nur mit Spreizbrett behandelt. Weiter zeigt R. einen Knaben, der an hochgradiger Verunstaltung der Unterschenkel mit spitzwinkligen Abknickungen infolge von Spontanfrakturen gelitten hat und bei dem es möglich war, durch Osteotomie die Unterschenkel grade zu richten. Zum Schluß bespricht er kurz die Technik bei der Herstellung der Langeschen Plattfußeinlagen bei rachitischen Plattfüßen.

5. Wierzejewski: **Demonstrationen von Kindern mit künstlichem Ersatz fehlender Glieder.** Prinzip: Mit den einfachsten Mitteln bei möglichster Billigkeit soll erstens ermöglicht werden, daß die Patienten sich mit Hilfe der künstlichen Glieder selbst bedienen können, zweitens soll ihre Erwerbsfähigkeit möglichst gesteigert werden. — Demonstration von drei Kindern mit Fehlen des unteren Teils des Unterarms. Durch höchst einfache Vorrichtung ist den Kindern ermöglicht, mit beiden Armen zu essen, zu stricken, zu hämmern usw. Zwei Patienten erlernen Schlosserei, das dritte Kind strickt, häkelt usw. in der Nähstube. — Demonstration eines Patienten mit Oberarmamputation. Am anderen Arm fehlen zwei Finger. Trotzdem kann Patient mit Hilfe seiner Prothese selbständig

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

essen und etwas korbflechten. — Demonstration eines Kindes mit angeborener Verstümmelung beider Unterschenkel und Füße. Da Patient sich bei der Schwere und Art der Verkrüppelung nicht vorwärts bewegen kann und von einem operativen Eingriff wegen des knorpeligen Zustandes der Unterschenkelknochen vorläufig abgesehen werden muß, wurden künstliche Unterschenkel geschaffen, mit denen die erst 2½jährige Patientin selbständig laufen kann. — Demonstration eines Kindes mit Ersatz eines ganzen Beins (nach Exartikulation in der Hüfte). Die höchst einfache Prothese ermöglicht ein Gehen ohne Stock oder Krücke mit allen Bewegungen normaler Gelenke.

Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte

in Königsberg.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

4. Sitzung am Montag, den 19. September 1910.
Vorsitzender: Langstein (Berlin).

Zappert (Wien): **Über Heine-Medinsche Krankheit.** (Referatthema). Die Heine-Medinsche Krankheit ist eine ausgesprochene Infektionskrankheit, bei welcher ein Inkubations-, Prodromal- und Floritionsstadium zu unterscheiden ist. Die Inkubation dürfte ca. 1 Woche dauern, die ca. 3—5 tägigen Prodromalsymptome können den Charakter einer Influenza, Angina, Enteritis, Koryza, Meningitis, selbst Skarlatina annehmen. Bei abortiven Fällen (Wickmann) kommt es zu keinen weiteren Krankheitserscheinungen. Das Floritionsstadium zeichnet sich zumeist durch heftige Schmerzen, Schweißausbrüche, spinale oder zerebrale Symptome aus. Die anfänglichen spinalen Lähmungen umfassen nicht nur die Extremitäten (Beine häufiger als Arme), sondern sehr oft Nacken-, Rücken-, Thorax-, Bauchmuskeln. Lähmungen der Stammuskeln können auch isoliert auftreten und isoliert bestehen bleiben. Die Sehnenreflexe sind an den minder betroffenen Partien oft gesteigert. Zerebrale Symptome treten nicht selten ohne spinale auf (in 10,68 Proz. unter 543 Fällen des Vortragenden). Dieselben sind entweder rein meningitisch oder pontin, bulbär, enzephalitisch (Halbseitenlähmung).

Eine pontine Fazialislähmung (Nuklearlähmung) ist nicht selten. Die Kombination verschiedenartiger und verschieden starker Hirnsymptome läßt mannigfaltige Krankheitsbilder entstehen, die bisher ätiologisch unklar waren. Die Mortalität war in Wien und Niederösterreich 10,45 Proz. Todesursachen: aufsteigende Landrysche Paralyse, Meningitis, Vaguslähmungen. Knaben erkranken und sterben häufiger. Epidemiologisch stützt Vortragender seine Erfahrungen auf 543 Fälle aus den Epidemien 1908 und 1909 in Wien und Niederösterreich. Rapider Anstieg im September, Oktober, dazwischen aber kein völliges Schwinden. Herdweises Auftreten, Verschontbleiben der 1908 stärkst befallenen Provinzteile im folgenden Jahr und umgekehrt. Kontagiosität sehr gering, Übertragung durch gesunde Zwischenträger nach Meinung Wickmanns, Müllers möglich. Wahrscheinlich bei uns seit langem endemische Krankheit mit gelegentlichen Steigerungen. Virus unbekannt, („invisibles Virus" wie bei Lyssa) doch Erzeugung der verschiedenartigen Krankheitsformen beim Affen möglich (Landsteiner u. a.). Wahrscheinlich Erzeugung einer passiven Immunität. Anatomisch: Infiltrative disseminierte Entzündung der grauen Substanz des Rückenmarkes, des Bulbus, Hirnstammes, weniger der Großhirnrinde mit starker Beteiligung der Meningen und der Gefäße. Anerkennung der großen Verdienste Wickmanns, dessen vorgeschlagener Name Heine-Medinsche Krankheit zu akzeptieren ist.

Diskussion: Wickmann-Stockholm[1]) gibt seiner Genugtuung darüber Ausdruck, daß die Ergebnisse seiner Untersuchungen fast in allen Punkten bestätigt und akzeptiert wurden. Wenn Z. die ataktischen Symptome im allgemeinen

[1]) Verlesen durch Klotz (Straßburg).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf bulbäre, resp. zerebrale oder zerebellare Veränderungen zurückführt, so ist dagegen einzuwenden, daß es Fälle gibt, wo keine Zeichen einer solchen Affektion bestehen und bei denen die Entscheidung über den Sitz der pathologischen Prozesse unmöglich ist. Es ist deshalb wenig zweckmäßig, die ataktische Form einfach der pontinen anzugliedern. Z. will auch die polyneuritische Form nicht ohne weiteres gelten lassen, weil sie anatomisch nicht erwiesen ist und die Symptome zwanglos als von zentralen Störungen bedingt angesehen werden können. Es ist aber notwendig, die praktischen Ärzte darüber aufzuklären, daß es eben Formen der Heine-Medinschen Krankheit gibt, die klinisch mit der sog. akuten idiopathischen, infektiösen Neuritis vollkommen übereinstimmen. Das wird am besten und sichersten durch Aufstellung einer markanten Bezeichnung für dieses Krankheitsbild erreicht. Daß endlich die Bezeichnung einer Krankheitsform nach Autorennamen nicht, wie von manchen Seiten eingewendet wird, Schwierigkeiten mit sich bringen muß, beweist am besten der Name: Morbus Basedow, der viel besser ist als etwa Struma exophthalmica, seitdem man die Formes frustes kennen gelernt hat, in denen weder Struma noch Exophthalmus besteht.

Peiper-Greifswald betont die geringe Kontagiosität. Selter-Solingen erwähnt, daß in den Rheinlanden diejenigen Ortschaften, wo vor Jahren Mening. cerebr. spin. herrschte, von der letzten Poliomyelitisepidemie verschont blieben.

Leiner und v. Wiesner (Wien.) **Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis acuta.** Als sicheres Versuchstier hat sich nur der Affe bewährt. Mit geeigneter Impfmethode läßt sich die Erkrankung von Tier zu Tier übertragen und durch beliebig viele Generationen fortführen. Eine Abschwächung des Virus trat bisher nicht ein. Das Poliomyelitisvirus weist eine große Ähnlichkeit mit dem Lyssavirus auf; eine Reihe wichtiger Eigenschaften desselben sind bereits erkannt, das Virus selbst ist noch unbekannt. Es ist filtrierbar, äußerst resistent gegen Kälte- und Glyzerineinwirkung, wenig resistent gegen Erwärmung und Austrocknen in dünner Schicht. Die experimentell erzeugte Poliomyelitis ist ebenso wie die Poliomyelitis des Menschen durch das Auftreten von schlaffen Lähmungen und Fehlen der Reflexe charakterisiert. Die Erkrankung kann auf eine Extremität beschränkt bleiben oder auf mehrere Extremitäten übergehen oder den Typus der Landryschen Paralyse annehmen und mit Lähmung der Blasen- und Mastdarmmuskulatur, der Kehlkopf- und Atmungsmuskeln oder mit isolierten Kernlähmungen (Fazialislähmung) kombiniert sein. In einzelnen Fällen kam es nicht zur Ausbildung des typischen Krankheitsbildes, sondern die Tiere gingen unter Marasmus, lähmungsartiger Schwäche der Extremitäten und Diarrhöen ein. Diese sog. marantische Form kann bei der Weiterimpfung wieder in das typische Krankheitsbild übergeführt werden.

Die Infektion des Tieres ist von jeder tieferen Gewebsverletzung aus möglich, sie kann aber auch ohne besondere Gewebsverletzung von der Schleimhaut aus erfolgen. Hierfür spricht der positive Ausfall der Fütterungs- und Inhalationsversuche. Zwischen Viruseintritt und Einsetzen der Lähmungen scheint ein gesetzmäßiger Zusammenhang zu bestehen. Bei Impfung in den Respirationstrakt beginnt die Lähmung an der vorderen Körperhälfte, bei Impfung in den Digestionstrakt an der hinteren Körperhälfte. Das Virus wandert von der Impfstelle ziemlich rasch zum Rückenmark; mit dem Rückenmark eines am 5. Inkubationstag getöteten Tieres gelingt schon die Weiterimpfung. Die Wanderung des Virus erfolgt wahrscheinlich längs der Nerven resp. der die Nerven begleitenden Lymphgefäße. Vom Rückenmark wird das Virus in die dem Rückenmarkskanal zunächst gelegenen Drüsen und, was für die Frage der Kontaktübertragung von besonderer Bedeutung ist, auch in die Schleimhaut des Nasenrachenraumes ausgeschieden. In den Speicheldrüsen, im Stuhl und Harn läßt sich das Virus nicht nachweisen. Das Überstehen der Erkrankung führt fast ausnahmslos zum Auftreten von Immunität; dieselbe läßt sich durch den negativen Ausfall von Reinfektionen bereits gelähmter Tiere und durch das Vorhandensein von viruziden Stoffen im Blutserum nachweisen. Diese Befunde bilden den Ausgangspunkt zum Studium der wichtigen Frage der Serum- und Vakzintherapie, deren Lösung noch nicht geglückt ist.

Falkenheim (Königsberg): **Über partiellen Riesenwuchs.** (Demonstration). $1^1/_2$ jähriges Kind mit enormen Riesenwuchs beider Füße.

v. Pirquet (Breslau): **Schematische Darstellung der Säuglingsernährung** zu

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterrichtszwecken. Auf Grundlage der Arbeiten von Camerer, Heubner, Czerny und Finkelstein werden Minimum, Optimum und Maximum der Nahrungsmenge in Kurven eingezeichnet, der Einfluß der Nahrungsmenge auf das Körpergewicht erörtert und die Ernährungsbreite demonstriert. Diese bewegt sich zwischen der Erhaltungsdiät und der Toleranzgrenze. Durch Überschreiten dieser Grenze (Überernährung) erfolgt ein Abfallen derselben, ebenso durch Hitze oder allgemeine Erkrankungen. Das Brustkind vermeidet gewöhnlich instinktiv durch Appetitlosigkeit ein Überschreiten der Toleranzgrenze, nicht so der unnatürlich genährte Säugling. Ist ein Abfall der Toleranzgrenze eingetreten, so müssen wir die Nahrungsmenge herabsetzen, oder zu einer Nahrung mit höherer Toleranzgrenze übergehen.

In ähnlicher Weise ist das Verhalten des neugeborenen Kindes aufzufassen.

Pädiatrische Sektion der polnischen Gesellschaft der Ärzte

in Lodz.

Sitzung vom 1. Dezember 1909.

Z. Prechner referiert **„Über die akute Enzephalitis im Kindesalter“.**

Klosenberg: Die Klassifikation der Enzephalitis ist noch nicht festgestellt. Es werden in diese Gruppe Krankheitszustände hineingezogen, die gar nicht hierher gehören. Die von Lewandowsky vorgeschlagene Klassifikation scheint am berechtigsten zu sein. Lewandowsky unterscheidet I. Toxische Enzephalitis z. B. Poliencephalitis haemorraghica super. Wernicke (nach einer Alkoholvergiftung). II. Infektiös-toxische Enzephalitis z. B. nach infektiösen Krankheiten oder nach einem Trauma. III. Heine-Medinsche Krankheit. IV. Enzephalitisformen ohne nachweisbare anatomische Veränderungen, wie bei der Urämie und Ptomainvergiftungen. — Was die Lumbalpunktion anbetrifft, so kann sie bei der hämorrhagischen Form der Enzephalitis (I. Gruppe) gefährlich werden.

Pański bespricht die häufige Koinzidenz der Enzephalitis und der Polineuritis. Die Prognose ist in solchen Fällen nach den Erfahrungen des Redners gar nicht so schlecht.

Brudziński glaubt, daß in manchen Fällen die Enzephalitis irrtümlich als Meningitis diagnostiziert wird. Ein besonders wichtiges Differentialsymptom ist in manchen Fällen das einseitige Auftreten der Krämpfe. Lues scheint in der Ätiologie der Enzephalitis ein wichtiger Faktor zu sein.

Jasiński erinnert an ein 4jähriges, in der Gesellschaft vorgestelltes Kind, das nach Masern an Enzephalitis erkrankte. Masern scheinen auch für die Enzephalitis zu disponieren.

Sitzung vom 29. Dezember 1909.

W. Jasiński referiert: **„Über die Krämpfe im Kindesalter.“** (Wird publiziert).

Sonnenberg spricht von den parasyphilitischen Krämpfen, die ohne andere Begleiterscheinungen chronisch verlaufen und nach der spezifischen antiluetischen Behandlung öfters verschwinden. Diese Krämpfe verdienen schon deshalb Beachtung, weil sie von französischen Autoren als eine besondere Abart der Epilepsie aufgefaßt werden.

Schoeneich glaubt, daß die von Birk aufgestellte Prognose über die spätere mangelhafte Entwickelung der mit Krämpfen behafteten Kindern doch vielleicht zu düster ausgeprägt sei.

Brudziński sah mehrere Kinder, bei denen die Krämpfe nach habitueller Alkoholdarreichung zum Vorschein kamen. — Einmal bei einem Säuglinge, dessen stillende Mutter von Alkoholmißbrauch behaftet war.

Mogilnicki erwähnt einen Fall, wo die Krämpfe in der Form von rhythmischen Bewegungen, an denen sich der ganze Körper beteiligte (Kopf blieb frei) auftraten. Der Redner reicht den Fall in die Kategorie des Spasmus nutans ein.

M. Michalowiz (Warschau).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Neue Bücher.

H. Ellis. **Geschlecht und Gesellschaft.** Übersetzt von H. Kurella. I. Teil. Würzburg, Curt Kabitzsch.

Der Verf., der sich bereits in seinen 5 Bänden der „Studien der Psychologie des Geschlechtslebens" als ernster und gediegener Forscher betätigt hat, bringt auch hier eine sehr fleißige Arbeit. Diese „Grundzüge der Soziologie des Geschlechtslebens" verraten wieder das eminente Wissen des Autors, der seinen Stoff durchaus beherrscht und ihn gewandt und interessant zu verarbeiten versteht. Die Freunde seiner Werke werden auch dieses mit großem Interesse lesen.

Grätzer.

A. Brandweiner. **Die Hautkrankheiten des Kindesalters.** Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. Preis: M. 8.

Der Kinderarzt kommt gar oft in die Lage, als Dermatologe seines Amtes zu walten, und er muß auch in diesem Gebiete wohl bewandert sein. B. hat es verstanden, das große Gebiet kurz und klar zu bearbeiten und so einen zuverlässigen Führer zu bieten. Gerade auf die Beschreibung der Krankheitsbilder, auf die differentialdiagnostischen Momente und auf die Therapie hat der Autor mit Recht das größte Gewicht gelegt, da er für den Praktiker schrieb und dessen Interessen vor allem wahrnehmen mußte. Das Buch wird dem Pädiater willkommen sein und ihm nützliche Dienste erweisen. Grätzer.

F. Scholz. **Grundriß der Mechanotherapie.** G. Fischer, Jena. Preis: M. 4.

Das Buch ist auf Veranlassung von Geheimrat Brieger geschrieben, dessen Assistent der Verf. war. Es soll Ärzten und Studierenden einen möglichst vollständigen Überblick über das gesamte Gebiet der Massage und Gymnastik geben, soweit es für die Praxis von Wichtigkeit und Bedeutung ist. Diesen Zweck erfüllt das Buch bei aller Kürze und Knappheit durchaus; es bringt auch manche neueren, praktisch wertvollen Behandlungsmethoden, die bisher in den Lehrbüchern noch keine Darstellung gefunden haben. 37 Abbildungen sorgen für das nähere Verständnis der Gesagten. Grätzer.

R. Fürstenau. **Leitfaden der Röntgenphysik.** Stuttgart, F. Enke. Preis: M. 5,20.

Die physikalischen Grundlagen der Röntgenapparate werden in diesem Buche kurz und klar geschildert. In 6 Kapiteln — der elektrische Strom und seine Eigenschaften, Erzeugung und Fortleitung elektrischer Ströme, die Schalttafel, die Induktionserscheinungen, die Stromunterbrechung, die elektrischen Erscheinungen im Vakuum — wird dem Leser in Wort und Bild — 61 Abbildungen enthält das kleine Werk — alles, was er wissen muß, vorgeführt, und zwar so, daß er es verstehen muß. Das Büchlein sei daher allen Interessenten warm empfohlen. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

In Verbindung mit den internationalen Kongressen für Schulhygiene ist auf dem III. dieser Kongresse in Paris eine unter der Führung des Permanenten Komitees stehende **Internationale Gesellschaft für Schulhygiene** gegründet. Die Internationale Vierteljahrsschrift (Archiv) für Schulhygiene ist das amtliche und wissenschaftliche Organ des Permanenten Komitees und der Gesellschaft. Anmeldungen zur Mitgliedschaft und Anfragen in betreff des „Archivs" sind an Prof. Dr. H. Griesbach (Mühlhausen-Basel) zu richten.

Die Mehrlingsgeburten und Mehrlingskinder des Jahres 1908. Nach Ausweis des statistischen Jahrbuchs für das Deutsche Reich (31. Jahrgang, 1910) wurden im Gebiete des Deutschen Reiches im Jahre 1908 26314 Zwillingsgeburten gezählt. In 8358 Fällen kamen 2 Knaben, in 7843 Fällen 2 Mädchen und in 9933 Fällen ein Pärchen zur Welt. Drillingsgeburten verzeichnet das Jahr-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

buch 261. Es kamen in 56 Fällen 3 Knaben, in 53 Fällen 3 Mädchen, in 72 Fällen 2 Knaben und 1 Mädchen, in 80 Fällen 1 Knabe und 2 Mädchen zur Welt. Außerdem sind 4 Vierlingsgeburten mit 8 Knaben und 8 Mädchen vermerkt. Unter den Mehrlingsgeburten ist die Zahl der Knaben um ein Geringes größer als die der Mädchen.

Durch Ministerialerlaß vom 11. November werden die Gerichte angewiesen, bei **Straftaten schwachbegabter Kinder** zwecks Feststellung ihres Geisteszustandes die betreffenden Personalakten von den Hilfsschulen einzufordern.

Berlin. Der Ausschuß der Stadtverordnetenversammlung zur Vorberatung der Vorlage über eine Nachbewilligung von 50000 Mk. **für die Entsendung von Kindern in Heim-, Heil- und Erholungsstätten** hat beschlossen, 75000 Mk. als Nachbewilligung der Versammlung vorzuschlagen. Bei der Entsendung von Kindern sollen die städtischen Heimstätten bevorzugt werden. Außerdem wurde ein Antrag angenommen, den Magistrat um eine Vorlage zu ersuchen für die Errichtung größerer, einfach ausgestatteter **Walderholungsstätten**, ähnlich wie die bestehenden Heimstätten, für schwächliche, kränkliche sowie lungenkranke Kinder ohne Unterschied von Alter und Geschlecht.

— Eine **Berliner orthopädische Gesellschaft** ist am 8. November von 39 Orthopäden und Chirurgen Berlins und Umgegend gegründet worden. Die Gesellschaft wählte zu ihrem 1. Vorsitzenden Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, zum 2. Vorsitzenden Herrn Privatdozent Dr. Gustav Adolf Wollenberg, zum 1. Schriftführer Herrn Dr. Max Böhm, zum 2. Schriftführer Herrn Prof. Dr. Carl Helbing und zum Kassenwart Herrn Dr. Konrad Biesalski.

— Die Schuldeputation hat eine Rundfrage über die Zahl der **epileptischen Volksschulkinder** erlassen.

— Das neue **Königin-Elisabeth-Hospital** in Oberschöneweide ist am 25. November v. J. eingeweiht worden. Es kann 110 Kranke, darunter 30 Kinder, aufnehmen und in einem Isolierhaus 20 Kranke. Der Pflegesatz beträgt 3 Mk. täglich.

Schöneberg. Der Magistrat wird am 1. April 1911 an Stelle der jetzt nebenamtlich beschäftigten sieben Schulärzte zwei **Schulärzte im Hauptamt** mit einem Gehalt von 6000 Mk. zunächst auf sechs Jahre anstellen. Zwecks Herstellung einer organischen Verbindung der Maßnahmen auf dem Gebiete der Kommunalmedizin sollen die Schulärzte zugleich als Assistenten der Fürsorgestellen (Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge) tätig sein.

Hohenlychen. Eine **Freiluftschule** für Kinder zarter Gesundheit (blutarme, nervöse) von 9—15 Jahren ist von Prof. Pannwitz ins Leben gerufen. Die Anstalt wird nach dem Plan eines Realgymnasiums geleitet. Alles nähere durch das Caecilienheim, Charlottenburg, Berlinerstraße.

München-Gladbach. Ein **Kindererholungsheim für tuberkulöse und skrofulöse Kinder** ist von der Stadt errichtet. Das Heim, das 40 Kindern Raum bietet, ist im Hardterwalde erbaut und bildet mit Heimstätte für lungenkranke Frauen der Walderholungsstätte für beide Geschlechter einen zusammenhängenden Komplex.

Höchst a. M. Eine **Schulzahnklinik** ist ins Leben gerufen worden, die von einer städtischen Zahnärztin geleitet wird.

Lüdenscheid. Eine städtische **Säuglingsfürsorgestelle** ist eröffnet.

Leipzig. Das **Impfinstitut** ist aufgelöst worden.

Sondershausen. Das Ministerium hat für alle Stadt- und Landgemeinden die Anstellung von **Schulärzten** angeordnet.

Würzburg. Ein **Krüppelfürsorgeverein für Unterfranken** ist gegründet. Nahezu 70000 Mk. sind bereits durch freiwillige Spenden gezeichnet worden, davon 50000 Mk. durch die Verlagsfirma J. M. Richter in Würzburg.

Zürich. Prof. Krönlein hat zur Gründung einer Kinderabteilung des Kantonskrankenhauses 300000 Fr. vermacht.

Jassy. Dr. K. Lippe, einer der angesehensten rumänischen Kinderärzte, feierte am 16. November v. J. den 80. Geburtstag.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. Februar 1911. Nr. 2.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Frau **P. Wolfensohn-Kriss** (Odessa), Über den Blutdruck im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4—6.) Die Untersuchungen wurden nach der Methode von Riva-Rocci und und von Basch mit 6 cm breiter Manschette ausgeführt und ergaben folgendes:

Der Blutdruck steigt mit zunehmendem Alter der Kinder, mit zunehmender Körperlänge und mit zunehmendem Körpergewicht.

Bei einem und demselben Alter, aber verschiedenem Körpergewicht, ist auch der Blutdruck verschieden; desgleichen bei einem und demselben Alter, aber verschiedener Körperlänge.

Bei gleichaltrigen Kindern ist hinsichtlich des Geschlechtes ein wesentlicher Unterschied des Blutdruckes nicht festzustellen.

Hecker.

V. P. Schneider (München), Polyposis intestinalis beim Kinde. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4—6.) 8jähriges Mädchen zeigt bei Anstrengungen der Bauchpresse zwei aus dem After heraustretende, kirschgroße Geschwülste mit blauroter, leicht blutender Oberfläche. Bei Sphinkterdehnung in Narkose erweist sich die ganze Mastdarmschleimhaut mit einer Unmenge kleinerer und größerer Polypen übersät. Histologisch: gutartige, gestielte Adenome. Die entfernten Polypen wachsen rasch wieder nach. Hochgradige Anämie, fortschreitender Verfall. Exitus nach der Entlassung unter profusen Durchfällen und heftigem Fieber. Die Insuffizienz der Niere, wodurch die Hauptwasserausscheidung in den Darm übertragen wird, ist wie die Entstehung der Polyposis überhaupt unklar. Die Differentialdiagnose gegen Nierenerkrankung oder Blasenmastdarmfistel ist schwierig und nur durch Rektoskopie oder vortretende Prolapse zu stellen.

Hecker.

E. Kartje (St. Petersburg), Über Akroasphyxie im Kindesalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4.—6.) Akroasphyxie bedeutet Asphyxie der Akra, der Extremitätenenden. Aus den 4 beobachteten Fällen ergeben sich folgende allgemein charakteristische Erscheinungen:

1. Zyanose der Extremitätenenden an Händen und Füßen. Die Zyanose wird in der Wärme schwächer, in der Kälte, im Stehen und Gehen stärker.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Schwitzen der zyanotischen Körperteile, namentlich der Innenflächen.

3. Herabsetzung der Empfindlichkeit für alle Qualitäten, stärker für die Wahrnehmungen der Kälte.

4. Herabsetzung der Hauttemperatur und Gefühl von Kälte in den zyanotischen Körperteilen.

5. Marmoreszenz der Haut der Extremitäten oberhalb der Zyanose.

6. Sinken des Blutdruckes in den Kapillaren in stehender Stellung; infolgedessen ist die Differenz zwischen dem Blutdruck in der Arteria brachialis und dem Druck in den Kapillaren größer als unter normalen Verhältnissen.

7. Die galvanische Erregbarkeit der Nerven ist erhöht, wobei A. O. Z. gleich oder sogar kleiner als A. S. Z. ist und K. O. Z. kleiner als 5 M. A. ist. Es finden sich also tetanische Erscheinungen.

Die Pathogenese der Akroasphyxie ist dunkel. Ätiologisch kommen überstandene schwere Infektionskrankheiten, nicht aber Kälteeinwirkung in Betracht. Zur Therapie empfiehlt K. Bettruhe, warme Bäder, Massage, Abreibungen, Galvanisation. Hecker.

Leo Pollak (Prag), Ein Beitrag zur Kenntnis der Myatonia congenita Oppenheim. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4—6.) Der 4 Monate alte Säugling zeigt hochgradige Schwachheit und Funktionsschwäche ausgedehnter Muskelgebiete vom Halse an nach abwärts und außerdem Funktionsschwäche einzelner von Hirnnerven versorgter Muskelgebiete, besonders in der mimischen Muskulatur.

Hecker.

J. A. Schabad (St. Petersburg), Zur Bedeutung des Kalkes in der Pathologie der Rachitis. Abhandlung III. Der Kalkstoffwechsel bei Rachitis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4—6.) Bei frischer Rachitis, im progressiven Stadium der Krankheit, ist die Kalkbilanz entweder negativ oder unternormal positiv.

Im weiteren Verlaufe des Prozesses, bei florider entwickelter Rachitis ist sie entweder wenig unter der Norm oder bewegt sich in normalen Grenzen. Der Beginn der Heilung wird durch Erhöhung der Kalkretention charakterisiert, welche früher eintritt als die klinischen Erscheinungen der Rekonvaleszenz.

Im Stadium der Rekonvaleszenz ist die Kalkretention bedeutend über der Norm (2—3 mal). Bei Eintritt vollständiger Heilung erreicht die Kalkretention wiederum ihre normalen Grenzen.

Die erhöhte Kalkausscheidung bei progressiver Rachitis geht ausschließlich durch den Darm vor sich; die Kalkausscheidung im Harn ist bei progressiver Rachitis geringer und im Rekonvaleszenzstadium höher als in der Norm. Da bei progressiver und entwickelter Rachitis keine Erhöhung der Kalkausscheidung im Harne nachzuweisen ist, ist die Säuretheorie für die Entstehung der Rachitis unhaltbar.

Hecker.

St. Engel, Über einige Fragen der Frauenmilchsekretion, insbesondere über die Sekretion des Milchfettes. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4—6.) Für die Maximalmilchmenge, welche man durch saugende Kinder aus einer Brust herausholen kann — nicht

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für die Milchmenge, welche von einem Kinde getrunken wird — gelten folgende Gesetzmäßigkeiten: nach längeren Stillpausen wird viel, aber fettarme Milch, nach kurzen Stillpausen wird weniger, aber fettreichere Milch produziert. Daher kommt es, daß bei maximal belasteten Ammen früh und abends viel und fettärmere, sonst aber weniger und fettreichere Milch geliefert wird. Die Frauen halten, wie auch Aurnhammer festgestellt hat, an dem durchschnittlichen Fettgehalt der Tagesmischmilch auch dann mit großer Zähigkeit fest, wenn die Milchmenge selbst ansteigt. Bei normal genährten Frauen gelang es nicht — entgegen den Beobachtungen von Moll — den Fettgehalt der Milch alimentär in die Höhe zu treiben. Bezüglich der Ammenernährung gilt, daß sie ausreichend sein soll; weitere Zulagen von Fett oder anderen Nährstoffen haben keine Bedeutung und führen höchstens zu einem oft unerwünschten Ansatz von Fett bei der Stillenden. Man hat es in der Hand, in der Morgenmilch eine relativ fettarme Milch zu verfüttern, in der Milch aus der Mitte des Tages dagegen eine fettreichere. Kinder, welche durch die Brust sehr milchreicher Ammen versorgt werden, nehmen im Durchschnitt weniger Fett an als unter rein physiologischen Verhältnissen; man wird also Kinder bei milchreichen Ammen schwerer zum Zunehmen bringen können wie bei solchen mit normaler Sekretion.

Hecker.

M. Sassenhagen, Über die biologischen Eigenschaften der Kolostral- und Mastitismilch. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4—6.) Kolostral- und Mastitismilch haben die gemeinschaftliche biologische Eigenschaft, im reichlichen Besitze sowohl von zelligen Bestandteilen, als auch von Serumeiweißstoffen des Blutes zu sein.

Dies zeigt sich einerseits chemisch, indem sowohl Kolostrum als auch Mastitismilch reicher an Albumin- und Globulinsubstanzen, namentlich an letzteren sind, als die gewöhnliche Milch; andrerseits auch biologisch, insofern man in beiden sowohl hämolytische als auch bakteriolytische Haptine, Stoffe von Komplement- wie von Antikörpercharakter findet.

Ein charakteristischer Unterschied besteht darin, daß die Mastitismilch bakterienreicher ist als die Kolostralmilch, was sich durch die stärkere Reduktionskraft für Methylenblau dokumentieren läßt. Doch ist zu bemerken, daß die Kolostralmilch in den allerersten Tagen (wohl infolge ihres Zellreichtums) ebenfalls eine verstärkte Reduktionskraft besitzt.

Ein weiterer biologischer Unterschied beider Milchsorten liegt darin, daß die Mastitismilch im allgemeinen das Schardingersche Reagens reduziert, sogar oft besser als die gewöhnliche Milch, während die Kolostralmilch keine Formalin-Methylenblaureduktion gibt.

Dabei ist aber zu betonen, daß das Vorhandensein des Formalin-Methylenblau reduzierenden Agens in der Rahmschicht der Kolostralmilch namentlich der letzten Kolostralzeit sich erweisen läßt, daß es aber in der unzentrifugierten Kolostralmilch nicht zu einer charakteristischen Formalin-Methylenblaureduktion führt. Die Kolostralmilch verhält sich in bezug auf den Gehalt der sogenannten Formalin-Methylenblaureduktase wie Frauenmilch und Ziegenmilch. Hecker.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Finkelstein und **L. F. Meyer**, Über Eiweißmilch. Ein Beitrag zum Problem der künstlichen Ernährung. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 71. Heft 5.) Verff. gehen von dem Gedanken aus, daß als eigentliches und primäres Gärsubstrat der Zucker (bzw. das Kohlehydrat überhaupt) anzusehen ist, ohne den eine normale Säuerung, ebensowenig wie eine pathologische stattfinden kann. Erst in zweiter Linie kann das Fett beteiligt werden, und dann erst wird es im Sinne einer sauren Gärung gefährlich, wenn die Gärung der Kohlehydrate vorher begonnen hat. Die Gärung des Zuckers ihrerseits ist ebenfalls von verschiedenen Momenten abhängig: einmal davon, ob die Molkenkonzentration für den Darm mehr oder weniger angemessen ist und demgemäß dem Darmepithel größere oder geringere Leistungen gestattet, in zweiter Linie von dem Verhältnis zwischen der Menge des in der Mischung enthaltenen Kaseins zu der des Zuckers. Zur Bekämpfung dieser dyspeptischen Gärungen wäre es am besten, den Zucker einfach wegzulassen; das ist aber technisch unmöglich; ebenso kann die Molke mit ihren unbekannten Nutzstoffen nicht entbehrt werden. So konstruierten die Verff. eine Nahrung, in der die Menge des Milchzuckers herabgesetzt, die Menge der Salze durch Molkenverdünnung vermindert und in der das Kasein bei wechselndem, unter Umständen nicht unbeträchtlichem Gehalt an Fett angereichert war, wozu nach erreichter Besserung ein leicht assimilierbares und deshalb schwer vergärendes Kohlehydrat gesetzt wurde. Die Nahrung, deren Herstellung die Milchwerke Vilbel fabrikmäßig betreiben, enthält

Kasein aus 1 l Milch + $^1/_2$ l Buttermilch
Fett aus 1 l Milch
Zucker aus $^1/_2$ l Buttermilch
Salze aus $^1/_2$ l Buttermilch.

Zusammensetzung der Eiweißmilch in 100 g:

3,0	Eiweiß	(Kuhmilch 3,0)
2,5	Fett	(„ 3,5)
1,5	Zucker	(„ 4,5)
0,5	Asche	(„ 0,7).

Der Kaloriengehalt beträgt 370 im Liter.

Die Eiweißmilch ist indiziert überall da, wo „Durchfall" besteht und zu mehr oder minder schweren Ernährungsstörungen geführt hat, also 1. bei Dyspepsie, 2. bei Dekomposition, 3. bei Intoxikation, 4. bei parenteralen Infektionen, die zu pathologischen Vorgängen im Magendarmkanal und damit zu Ernährungsstörungen sekundärer Art geführt haben.

Die Wirkung der Eiweißmilch ist besonders eklatant bei der Dyspepsie. Es werden zunächst kleinere Dosen (300 g) in 5 bis 6 Mahlzeiten verordnet und 6 Stunden vorher ausschließlich Tee mit Saccharin verabreicht. Sobald die Stühle sich bessern und seltener werden, wird die Eiweißmilchmenge rasch gesteigert — jeden zweiten Tag um 100 g — bis eine Gesamtmenge von 200 g pro Kilogramm Energiequotient 80) erreicht ist. Werden geformte Stühle entleert, so ist Zucker (Soxleths Nährzucker oder verbesserte Liebigsuppe. Löfflunds Nährmaltose) oder Mehl (bei über 3 Monate alten Kindern)

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Eiweißmilch zuzusetzen. Man beginnt mit 10 g Mehl oder 1 % Zucker und steigt mit dem Zuckerzusatz, wenn die Zunahme nachläßt, allmählich mit 5 %, in Ausnahmefällen sogar mit 6—7 %. Der Durchfall wurde bei 30 von 33 Kindern am 3. Tag der neuen Diät zum Stillstand gebracht. Der selten gewordene Stuhl hat dann gewöhnlich das Aussehen des Fettseifenstuhls, geformt, fest, etwas bröckelig, trocken und lehmig gefärbt. Das Gewicht nimmt in den ersten Tagen meist ab; gewöhnlich ist diese Abnahme in 3 Tagen beendet (Wasserausschwemmung). Das Allgemeinbefinden bessert sich in den ersten Tagen nicht, sondern Aussehen, Turgor, Hautkolorit verschlechtern sich zunächst. Ist die vorher angegebene Quantität Eiweißmilch erreicht, so sind Kohlehydrate zuzulegen. Die Dauer der Eiweißmilchernährung soll bei jüngeren Kindern länger dauern (6 bis 10 Wochen), bei größeren Kindern kürzer. Das Umsetzen auf die gewöhnlichen Nahrungsmischungen kann brüsk erfolgen.

Bei der Dekomposition gestattet die Eiweißmilch, eine stärkere Unterernährung mit ihren Gefahren zu vermeiden. Nach 12 stündiger Teekost werden 300 g E. M. pro Tag (in 10 Mahlzeiten) verabreicht. Auch hier zeigt das prompte Festerwerden des Stuhls das Verschwinden der Gärungen. Die Temperatur, an sich schon tief, bleibt so, bis fortschreitende Besserung eine reichlichere Nahrungszufuhr gestattet. Das Körpergewicht nimmt in der Regel ab, durchschnittlich 3 Tage lang. Mit der Beigabe von Kohlehydraten muß man sehr vorsichtig sein und soll sie nur bei starker Gewichtsabnahme und Austrocknung versuchen. Bei andauernder starker Abnahme und ausbleibender Besserung des Stuhls ist die unbedingte Indikation für die Ernährung mit Frauenmilch gegeben. Das Allgemeinbefinden verschlechtert sich in der ersten Zeit noch mehr, bis Kohlehydratbeigabe möglich wird. Durch diese tritt dann gewöhnlich eine Stimulation des Allgemeinzustandes ein. Die Dauer der Darreichung der E. M. ist länger als bei der Dyspepsie, da die Toleranz des dekomponierten Kindes gegenüber künstlicher Nahrung erst allmählich wieder gehoben werden kann. Der weitere Verlauf dieser Kinder ist günstig, sodaß schwerkranke durch die Ernährung mit E. M. zu gesunden Individuen umgewandelt wurden.

Ähnlich günstig ist auch die Wirkung bei der Intoxikation.

Als Nahrung für gesunde Neugeborene ist die E. M. nicht zu empfehlen.

Bei der parenteralen Infektion hatte die Eiweißmilchernährung einen außerordentlich heilsamen Einfluß auf die Intakterhaltung der Ernährungsfunktionen. Wahrscheinlich ist das geringe Substrat, das die Eiweißmilch für die bei geschwächten Darmfunktionen drohenden Gärungsvorgängen bietet, die Ursache dieser günstigen Wirkung.

Hecker.

H. Helbich, Die Bedeutung der Molkenreduktion für die Ernährung junger Säuglinge. (Aus dem großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 71. Heft 6.) In zwei Versuchsreihen zeigte sich, daß bei Kindern, die bei Ernährung mit molkenarmer Milch gedeihen, bei molkenreicher

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Milch, nämlich Vollmilch, akute Ernährungsstörungen auftreten können, die mit der Entziehung der zugefügten Molke wieder zu heilen sind.
Hecker.

K. Bamberg, Zur Frage der Rohmilchernährung. (Aus der Klinik für Kinderkrankheiten der kgl. Charité, Berlin.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 71. Heft 6.) Man hatte bisher teils keinen Unterschied zwischen roher und gekochter Milch, teils eine Überlegenheit der gekochten gegenüber der rohen, teils einen Vorteil der rohen gegenüber der gekochten beobachtet. Da die bisher benützte Milch nur relativ keimfrei war und der Verf. eine keimfreie, aseptisch gewonnene Milch zur Verfügung hatte, experimentierte er neuerdings an Tieren, indem er den Wurf von 8 jungen Schweinen zum Versuchsobjekt nahm. Ein Teil der Ferkel wurde künstlich genährt, der Rest blieb bei der Alten; von den künstlich genährten erhielten immer die schwächeren Tiere die rohe Milch, von dem Gedanken ausgehend, daß sich eventuell die „rohen" Tiere besser und schneller entwickeln könnten. Es zeigte sich ein hervorstechender Unterschied zwischen der keimfreien rohen und der keimfreien gekochten Milch. In Stimmung und Aussehen waren die „keimfreien" Tiere wesentlich besser als die traurig zusammengekauerten „gekochten" Tiere. Der Termin der Gewichtsverdoppelung fiel bei den „rohen" auf den 17. Tag, bei den „gekochten" auf den 23., bei den Muttermilchtieren auf den 14. Tag. Dagegen schien sich bei Verfütterung gewöhnlicher Marktmilch das mit gekochter Milch genährte Junge besser zu entwickeln.
Hecker.

Schloßmann, Der Philosoph Favorinus als Vorkämpfer für die natürliche Säuglingsernährung. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 4. S. 201.) Gelegentlich des Studiums des Tacitus, den Verf. in Mußestunden zur Hand nahm, fand Verf. im 20. Kapital der Germania einen Hinweis des Kommentators auf eine Rede des Philosophen Favorinus, die bei Aulus Gellius wiedergegeben ist. Verf. bringt nun eine Übersetzung dieser Rede, in der mit großer Wärme für die natürliche Ernährung und für das Selbststillen der Mutter eingetreten wird. Alle modernen Argumente finden wir bereits hier angeführt.
Schick.

L. Tobler und **F. Noll,** Zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels beim gesunden Brustkind. (Klinik Feer.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 4. S. 210.) 6 tägiger Stoffwechselversuch bei einem gesunden, natürlich ernährten, $2^1/_2$ Monate alten Kinde. Im N-Stoffwechsel fand sich nichts Auffälliges. Die Werte des Gesamtaschenansatzes sind klein, insbesondere sind die Werte von CaO und Cl_3 klein; diesen Werten stehen mittlere und höhere für die übrigen Aschenbestandteile gegenüber. Vom eingeführten Schwefel wurden 41 %, von Phosphorsäure 56 %, vom Kalium 50 % und vom Natrium über 90 % zurückbehalten.
Schick.

Klose, Über den Sommertod der Säuglinge. (Klinik Peiper, Greifswald.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 4. S. 217.) Nachprüfung der Hitzschlagtheorie der Sommersäuglingssterblichkeit auf Grundlage der Verhältnisse der Stadt Stettin in den Jahren 1901

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und 1902. In übersichtlichen Kurven bringt Verf. absolute Säuglingssterblichkeit, Maximaltemperatur, mittlere Tagestemperatur sowie mittlere relative Feuchtigkeit zur Darstellung. Es zeigt sich, daß fast jedem Ansteigen der Sterblichkeit ein heißer und besonders trockener Tag vorangeht, so daß „ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Erscheinungen kaum von der Hand zu weisen ist.“ Dieser Zusammenhang ist aber nicht so aufzufassen, daß die Säuglinge infolge der Überhitzung erkranken und erst am nächsten oder sogar übernächsten Tage starben, sondern als Grundlage muß festgehalten werden, daß die Säuglinge schon vorher alimentär geschädigt sind und diese kranken Säuglinge starben „ex calore“. Die Hitze ist also nicht Krankheits- sondern Todesursache. Die schweren Erscheinungen der Cholera infantum sind eine Folge des akuten Wasserverlustes des Organismus, geringe Feuchtigkeit der Luft unterstützt die verderbliche Wirkung höherer Temperaturen. Schick.

N. Berend, Pneumonie und akute Gewichtsschwankungen bei ernährungsgestörten Säuglingen. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 4. S. 241.) In Ungarn existiert, wie B. nachgewiesen, kein Sommergipfel der Säuglingsmortalität. Die durch Krankheiten der Respirationsorgane bedingte Winter- und Frühjahrsmortalität ist ebenso groß, manchmal sogar größer als im Sommer. Es hängt dies mit der großen Verbreitung der natürlichen Ernährung zusammen (80 % der Kinder werden länger als 1 Monat gestillt). Durch Überernährung kommt es dagegen häufig zu Dyspepsien und bei Zwiemilchernährung (Milch mit viel Rohrzucker und Zwieback) zu chronischen alimentären Störungen.

Auf dem Boden der letzteren hat nun Verf. so häufig katarrhalische Infekte und Pneumonien sich entwickeln sehen, daß er geneigt ist, diese Infekte zum Teile wenigstens als indirekte alimentäre Reaktion aufzufassen. Der Zusammenhang ist folgendermaßen zu denken. Durch die Überernährung und unzweckmäßige Ernährung wird nicht nur eine alimentäre Störung gesetzt, sondern auch die Immunität des Organismus wird in ungünstigem Sinne beeinflußt, d. h. herabgesetzt. Dieser Verlust an Immunität wird besonders kenntlich, wenn durch Entziehung der Nahrung das Körpergewicht stark und plötzlich herabsinkt. Verf. hat wiederholt nach dem im Spitale üblichen Hungertage (Teediät durch 24 Stunden nach der Aufnahme) kolossale Gewichtsstürze beobachtet, und wenige Tage später kam es zur Entwicklung einer Pneumonie; diese Beobachtung veranlaßt Verf. zu der Mahnung, solche Gewichtsstürze beim ernährungsgestörten Kinde unbedingt zu vermeiden. Bei der Hälfte sämtlicher beobachteten großen Gewichtsabnahmen war in einigen Tagen Pneumonie nachzuweisen (41 mal unter 71 Fällen); in der Hälfte sämtlicher Pneumonien (78) ging dem Manifestwerden des Infektes eine Gewichtsschwankung voraus (41 mal). Schick.

G. Pechowitsch, Einfluß der Kriechübungen auf die lordotische Albuminurie. (Aus der kgl. Chirurg. Klinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 43.) P. gelangt zu folgenden Schlüssen:

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die lordotische Albuminurie ist eine gutartige Erkrankung, bedingt durch die zu große Lordose der Lendenwirbelsäule, welche ein mechanisches Hindernis für den Abfluß des venösen Blutes aus den Nieren bildet.

Das Klappsche Kriechverfahren beseitigt bzw. vermindert die Albuminurie durch den Ausgleich der Lendenlordose, durch die günstige Veränderung der Zirkulationsverhältnisse in den Nieren und durch ihre topographische Lageveränderung. Das Klappsche Kriechverfahren ist daher bei der lordotischen Albuminurie therapeutisch zu empfehlen. Grätzer.

A. Codivilla (Bologna), Über Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 46.) C. faßt seine Ansichten wie folgt zusammen:

Die nach orthopädischen Eingriffen sich einstellenden und in der Regel eine überaus schwere Komplikation bildenden Konvulsionsanfälle sind nicht, wie Schanz will, auf Fettembolie zurückzuführen. Vielmehr verdanken dieselben einer Überspannung der die Extremitätenwurzel umgebenden Weichteile ihren Ursprung. Vermutlich auf reflektorischem Wege versetzt die anhaltende Spannung das Zentralnervensystem in einen eigentümlichen Zustand, der zum Ausbruch des epileptischen Anfalles führt. Von Dr. V. Neri durchgeführte Versuche würden uns dahin leiten, in der permanenten Spannung des N. ischiadicus die Hauptursache des genannten Zustandes zu erblicken. Nervös belastete, ganz speziell jedoch epileptische und zur Epilepsie prädisponierte Individuen werden von dieser unangenehmen Komplikation besonders bevorzugt. Ist die von Schanz angeführte pathogenetische Begründung hinfällig, so ist selbstverständlich auch die von ihm befolgte Behandlung (Hypodermoklysis, Phleboklysis) irrationell; es sei denn, daß man die angebliche Wirksamkeit derselben auf anderem Wege erklären kann. Ein Mittel, das sich nach meiner persönlichen Erfahrung ausgezeichnet bewährt hat, ist die unverzügliche Behebung der Spannung bzw. der die Spannung verursachenden Stellung. Bei Epileptiktern, bei notorisch nervös belasteten Individuen und überhaupt bei Leuten, welche dem ärztlichen Blick ihren nervösen Habitus verraten, halte ich es für geboten, eine intensive Bromkur präliminär vorzunehmen und bei unvermeidlicher Anspannung der Weichteile behutsam und graduell vorzugehen. Grätzer.

Blochmann, Diagnose der Nasendiphtherie bei Neugeborenen und Säuglingen. (Aus der Universitäts-Kinderklinik Göttingen.) (Berl. klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 44.) B. schreibt:

„Es ist bekannt genug, daß im Säuglingsalter die Diphtherie wesentlich als Nasendiphtherie zu verlaufen pflegt. Bei einem großen Teil der Fälle ist freilich der Anblick des Kranken ein so charakteristischer, daß der Erfahrene schon beim Eintritt ins Zimmer die Vermutungsdiagnose zu stellen imstande ist. Auch kommt es wohl vor, daß auch in diesem Alter schon fibrinöse Massen aus der Nase entleert werden oder ein Fibrinpfropf geradezu aus der Nase herausragt. Doch darf wohl behauptet werden, daß der bei weitem größte Teil der Fälle in den ersten Tagen, ja selbst in den ersten Wochen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unter dem Bilde des gewöhnlichen Schnupfens verläuft, auch das Allgemeinbefinden zu Anfang wenig getrübt ist, namentlich wenn für nötige Flüssigkeitszufuhr gesorgt wird. Eine auffällige Nahrungsverweigerung, eine diphtherische Otitis media mit Zerfall des Trommelfells, eine nach Wochen eintretende Stenose macht den Arzt zu spät auf den Ernst des Falles aufmerksam.

Es ist daher von Wichtigkeit, durch direkte Untersuchung der Nase die Diagnose schon im Anfangsstadium sichern zu können, ohne erst die bakteriologische Untersuchung abwarten zu müssen. Auch ist es wünschenswert, den Bazillenträger vom Diphtheriekranken unterscheiden zu können. Zweifellos ist von vielen Ärzten gelegentlich die Rhinoskopie in solchen Fällen mit Erfolg angewendet worden. Es dürfte aber wohl kaum bekannt sein, wie leistungsfähig diese einfache Methode zur Stellung der Frühdiagnose selbst beim Neugeborenen ist.

Zur Untersuchung braucht es oft nur des leichten Zurückdrängens der Nasenspitze des liegenden Kindes. Doch ist Vorbedingung, daß das Kind nicht schreit. Sonst bedarf es eines Spekulums, wozu wir uns in der Klinik einer als Haken umgebogenen Lockennadel oder schmalen Haarnadel nach dem Vorbilde des Juraszschen Spekulums bedienen. Die Reinigung muß außerordentlich vorsichtig vorgenommen werden, da kleine Verletzungen diagnostische Schwierigkeiten namentlich bei einer Nachuntersuchung am nächsten Tag machen. Man übersieht bei unserer Methode schon beim Neugeborenen die ganze vordere Hälfte der unteren Nasenmuschel, einen kleinen Teil des unteren Nasenbodens, das vordere Drittel des Septums bis hinauf in den dem mittleren Nasengang gegenüberliegenden Teil, ja, wenn das Glück gut ist, einen erheblichen Teil der mittleren Nasenmuschel. Es ist aber notwendig, die Beobachtung auf längere Zeit auszudehnen, weil die Schwellungszustände der unteren Muschel außerordentlich wechseln. Die Verengung der Nasenlöcher beim Schreien ist ein sehr unangenehmes, aber nicht unüberwindliches Hindernis. Die Anwendung von gefäßverengernden Mitteln hätte uns die Untersuchung zweifellos erleichtern können; sie wurden nur ein einziges Mal angewandt. Alle Untersuchungen wurden mit Prof. Göppert gemeinschaftlich vorgenommen und die Protokolle festgestellt.

Wir haben Gelegenheit gehabt, bei zwei Hausepidemien in zwei verschiedenen Anstalten besonders die Leistungsfähigkeit der Methode erproben zu können. Die erste Epidemie wurde in unsere Abteilung durch einen Säugling eingeschleppt. Sie betraf drei Säuglinge, die wir aus dem Bestande von acht Säuglingen als diphtheriekrank schon vor der bakteriologischen Untersuchung erkennen konnten, trotzdem auch andere Schnupfen hatten. Ein Bazillenträger wurde als von diphtherischer Erkrankung frei erkannt und blieb bei entsprechenden Vorsichtsmaßregeln auf der Säuglingsabteilung, was für dieses Kind von um so größerer Bedeutung war, als infolge bestehender Idiosynkrasie gegen Kuhmilch sein Leben von der Brustnahrung abhing, die er nur auf unserer Abteilung erhalten konnte.[1])

---

[1]) Die Stationsamme war gleichfalls 3 Tag lang Bazillenträger. Sie stillte ihr eigenes Kind mit Maske; eine Infektion erfolgte nicht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der zweiten Epidemie wurden durch eine an Halsentzündung diphtherischen Ursprungs erkrankte erwachsene Person 5 Neugeborene in der ersten Lebenswoche infiziert. Das erste Kind dieser Reihe wurde uns wegen Schniefens und schlechten Trinkens gezeigt und konnte durch Untersuchung der Nase als an diphtherischer Rhinitis erkrankt erkannt werden. Das zweite kam als Ammenkind mit seiner Mutter abends auf unsere Station und wurde am nächsten Morgen wegen Schnupfens rhinoskopiert und gleichfalls diphtheriekrank befunden. Die Untersuchung der Mutter ergab nunmehr eine scheinbar einfache Angina tonsillaris, die ohne die Nasenuntersuchung des Säuglings auch hierfür gehalten worden wäre. Darauf wurden uns alle an Schnupfen erkrankten Kinder der Anstalt vorgeführt und schließlich der ganze Bestand, insgesamt 16 Kinder, durchuntersucht. Dadurch wurden drei weitere Diphtheriekranke festgestellt. Hervorgehoben werden darf, daß, obwohl vier weitere Kinder schweren Schnupfen hatten, kein Kind für diphtheriekrank erklärt wurde, das sich nicht auch durch bakteriologische Untersuchung als solches erwiesen hätte, und daß ferner unter den als diphtheriefrei erklärten keins später Diphtheriebazillen zeigte.

Von diesen 10 Kindern, einschließlich zweier Säuglinge aus Sprechstunde und Poliklinik, zeigte nur eines den typisch blutigwässerigen Ausfluß vorgeschrittener Diphtheriefälle. Bei den übrigen schien die Nase nach außen gar nicht zu laufen. Bei einem zeigten sich ausgebreitete Beläge auf beiden Seiten, auf unterer Muschel und Septum. Bei 5 weiteren fand sich meist einseitig am Septum ein Belag, oft ziemlich dünn. Durch eine Sonde mit kleinem Watteknopf ließ sich derselbe dann am vorderen Pole etwas abheben, so daß derselbe als festhaftende Membran erwiesen werden konnte; das Septum ist also wohl die Prädilektionsstelle der Erkrankung. In je einem Falle sahen wir einseitig eine erbsengroße, festhaftende Membran am vorderen Teil der unteren Muschel und am Boden des Nasenganges. Wiewohl in beiden Fällen große Partien der Nase übersehen werden konnten, fanden sich doch sonst nirgends Beläge. In den letztgenannten 7 Fällen war die Diagnose durch reichliche Schleimsekretion, die bei der liegenden Haltung des Kindes nur nicht zur äußeren Erscheinung gekommen war, oft recht erschwert. Sehr viel leichter war die Diagnose in zwei Fällen, in denen einmal einseitig, das andere Mal doppelseitig die mittlere Muschel und der gegenüberliegende Teil des Septums erkrankt war. Hier war der untere Nasengang fast frei vom Sekret; in einem Falle war der Nasenausgang nur durch einen trockenen, bernsteinfarbenen Pfropf verschlossen. Die untere Nasenmuschel war in beiden Fällen abgeschwollen, so daß ein außerordentlich bequemer Einblick möglich war.

Bei stark ikterischen Neugeborenen waren die fibrinösen Beläge leicht gelblich gefärbt.

Bei einem 1 Jahr 4 Monate alten Kinde aus der Poliklinik war zuerst die Aufmerksamkeit von der Nasendiphtherie abgelenkt worden durch eine von den Nasenflügeln ausgehende erysipelartige Entzündung. Die trotzdem vorgenommene Nasenuntersuchung klärte erst den Fall als Nasendiphtherie auf; eine Diagnose, die auch bakteriell bestätigt wurde.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der ersten Epidemie handelte es sich um außerordentlich chronische, fast ganz fieberlos verlaufene Erkrankungen älterer Säuglinge. Über die Dauer der Membranbildung können wir nichts Genaueres aussagen; sicher hat ein Fall über 4 Wochen lang Membranen gehabt. Auch nach Verlegung auf die Klinik von Prof. Hirsch, dem wir die weiteren Mitteilungen über das Schicksal der Kinder verdanken, blieb der Verlauf ein fieberloser, doch dauerte es fast 3 Monate, ehe die Kinder bazillenfrei wurden.

Von den Kindern der zweiten Epidemie erkrankten zwei am 5. bis 8. Tage gleichzeitig bzw. einen Tag vorher an Nabeldiphtherie. Eines der Kinder starb an Peritonitis; dieses war das einzige, das der Krankheit erlag. Nur eines der Kinder zeigte eine eintägige Temperaturerhöhung bis 38,1° C; 3 weitere, deren späterer Krankheitsverlauf auf der Diphtheriebaracke der medizinischen Klinik beobachtet wurde, zeigten keine Temperaturstörungen. Die Behandlung bestand in Injektionen von 800—1500 I.-E. von Diphtherieheilserum.

Die angeführten Fälle beweisen zur Genüge, daß wir imstande sind, die Diagnose der Nasendiphtherie durch Rhinoscopia anterior auch im Beginn der Krankheit zu stellen, und namentlich in Anstalten, in denen Säuglinge untergebracht sind, wird man durch diese einfache Methode manches Unglück verhüten und rechtzeitig die Kranken als solche erkennen können. Wenn es uns aber auch namentlich bei der letzten Epidemie gelungen ist, aus einer größeren Anzahl von Kindern alle erkrankten herauszufinden, so mahnt doch die Geringfügigkeit mancher Befunde zu recht genauer Inspektion. Gewiß liegt die Möglichkeit vor, einen oder den anderen Fall zu übersehen. Im übrigen ist es nicht die einzige Erkrankung, bei der die Nasenuntersuchung im Säuglingsalter wichtig ist; so liegt mir eine Krankengeschichte eines 7 monatigen Kindes vor, das am Untersuchungstage unter schweren Allgemeinerscheinungen erkrankt war. Beide unteren Nasenmuscheln waren prall geschwollen und intensiv gerötet, so daß eine septische Erkrankung der Nase vermutet wurde. Am nächsten Tage zeigte sich ein flügelförmig vom Nasenrücken sich ausbreitendes Erysipel. Grätzer.

P. Grosser und **R. Betke,** Mors subita infantum und Epithelkörperchen. (Aus der Kinderklinik des städt. Krankenhauses und dem Senckenbergschen Pathol. Institute in Frankfurt a. M.) (Münchener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 40.) Verff. berichten über 3 diesbezügliche Beobachtungen:

Betrachtet man diese 3 Fälle, so liegt bei Fall 1 ein typischer, plötzlicher Tod ohne jede Vorboten vor; bei Fall 2 wird die reine Form des plötzlichen Todes durch eine Bronchitis verdeckt. Da das Kind aber nicht lymphatisch, die Bronchitis nur leicht war, und das Kind in einem schweren asphyktischen Anfall mit klonischen Krämpfen, der nicht auf den Lungenbefund zurückgeführt werden kann, starb, so kann man diesen Tod nicht zu den bronchitischen zählen. Der dritte Fall kann deshalb hierher gerechnet werden, weil die Vorboten leicht waren und der tödliche Krampfanfall, zu Hause in der Nacht sicherlich nicht beobachtet, sondern nur das Endresultat, der plötzliche Tod kon-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

statiert worden war. Bei der Sektion fand sich in allen 3 Fällen außer den Epithelkörperchenzerstörungen keine schwere pathologische Veränderung. Diese Zerstörung ist besonders hochgradig bei Fall 3, der erste in der Literatur, bei dem alle 4 Epithelkörperchen völlig durchblutet gefunden wurden. In den beiden anderen Fällen ist die Zerstörung nicht in allen gefundenen Epithelkörperchen gleich stark, jedoch ist auch hier nur wenig unversehrtes Gewebe erhalten. Verff. glauben den Tatsachen keinen Zwang anzutun, wenn sie den Tod auf die Epithelkörperchenzerstörung zurückführen. Wir wissen ja, daß weder Mensch noch Tier ohne Epithelkörperchen leben kann; wieviel Epithelkörperchengewebe erhalten sein muß, um das Leben zu ermöglichen, darüber herrscht unter den Autoren noch keine einheitliche Meinung; aus allen bisher bekannten Untersuchungen geht jedenfalls hervor, daß mehr wie ein Epithelkörperchen funktionsfähig bleiben muß. In diesen 3 Fällen aber ist bei 1 und 2 wahrscheinlich (es sind nur 3 gefunden worden), bei 3 sicher kein Epithelkörperchen intakt. Wie die Blutungen zustande kommen, wollen Verff. nicht erörtern, nur betonen, daß die Blutungen nicht erst durch die Krämpfe, also sekundär erfolgt sein können. Denn einmal sind die Blutungen nicht durchweg frisch, und dann sind in den benachbarten Organen, Thymus und Schilddrüse, keine Blutungen vorhanden. Daß asphyktische Blutungen aber nur diese 4 ganz getrennt liegenden Gebilde getroffen haben sollen, ist nicht wahrscheinlich, zumal alle Forscher betonen, daß das Epithelkörperchengewebe widerstandsfähiger ist, als Schilddrüse und Thymus. Vielleicht liegen ähnliche Verhältnisse vor wie bei den Blutungen in die Nebennieren des diphtherievergifteten Meerschweinchens, vielleicht liegt auch eine angeborene Schwäche des Organgewebes vor, in das schon früher Blutungen stattfanden und das nun den letzten Rest seiner Leistungsfähigkeit durch neue Blutungen verloren hat. Für diese Annahme wäre eventuell die Tatsache zu verwerten, daß vom Fall 1 schon 2 Geschwister plötzlich an Krämpfen verstorben sind. Ein familiäres Auftreten plötzlicher Todesfälle ist auch von Hedinger beschrieben.

Verff. kommen zu dem Schluß, daß bei jeder Sektion eines plötzlich gestorbenen Kindes, bei der keine Erklärung für den Tod gefunden wird, die Epithelkörperchen präpariert und histologisch untersucht werden müssen. Finden sich Gewebszerstörungen, die den größeren Teil der Gesamtmasse betreffen, so kann diese Zerstörung als Todesursache angesehen werden. Grätzer.

Fr. Hamburger, Phimosenbehandlung im frühen Kindesalter. (Aus der Kinderabteilung der Allgem. Poliklinik in Wien.) (Ebenda.) Man macht heutzutage Dehnung der Phimose und Lösung der Konglutination gewöhnlich instrumentell, obwohl man, wie H. sich durch jahrelange diesbezügliche Beobachtung überzeugte, rein manuell sein völliges Auslangen findet.

Man dehnt die Phimose durch Reposition des Präputiums über die Glans, entweder in der Weise, daß man in mehreren Sitzungen schonend das Präputium „schrittweise“ immer weiter und weiter zurückschiebt, bis man endlich ohne stärkere Schmerzen zu bewirken

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Vorhautöffnung über die Corona glandis bringt, oder in der Weise, daß man in einer Sitzung die Sprengung der Phimose forciert durch brüskes Zurückschieben hinter die Corona. Letzteres gelingt so gut wie immer in einer Sitzung, bedingt aber große Schmerzen und — wenn auch nur sehr geringe — Blutungen durch die Einrisse des Präputialrandes.

Trotzdem glaubt H. ist die Phimosensprengung in einer Sitzung bei kleinen Kindern im ersten Lebensjahr, wo die Gefahr eines psychischen Traumas durch die Schmerzen nicht zu fürchten ist, der langsamen Dehnung vorzuziehen.

Hat man die Präputialöffnung hinter die Corona gebracht, so kann man gleich auch die Konglutinationen lösen, muß aber dann sofort, um die Entstehung einer Paraphimose zu vermeiden, die Vorhaut wieder über die Glans nach vorn ziehen, was oft auch nur nach Überwindung eines beträchtlichen Widerstandes und unter erneuten Schmerzen möglich ist.

Es muß zugegeben werden, daß die manuelle Phimosensprengung oft recht schwierig ist, besonders wenn der Penis relativ kurz oder in reichlichem Panniculus verborgen ist und wenn die Präputialöffnung ganz besonders eng ist. Bei einiger Übung aber gelingt wohl diese Sprengung fast immer beim ersten Versuch. Ist die Mutter sehr ängstlich, so kann man ja das erste und das zweite Mal etwas „vordehnen", eben durch einen solchen Sprengungsversuch und dann erst das dritte oder vierte Mal die Phimose gänzlich überwinden.

Die Lösung der Konglutinationen gelingt ausnahmslos leicht ohne jedes Instrument mit den Fingern. Daß man sich diese vorher gewaschen haben muß, braucht man wohl nicht erst zu sagen.

Die von H. seit Jahren angewandte Methode der rein manuellen Phimosensprengung und Konglutinationslösung ist die einfachste, sozusagen natürlichste und gewiß auch die älteste aller Methoden. H. glaubt, man ist von ihr nur abgekommen aus der bekannten allgemeinen Sucht, jeden ärztlichen Eingriff nach „allen Regeln der Kunst" zu machen. Die Dehnung der Phimose mit der Kornzange, die Lösung der Konglutinationen mit der myrtenblattgeschmückten Hohlsonde macht natürlich einen ganz anderen Eindruck, als die „rohe" Phimosensprengung und Konglutinationslösung mit der unbewehrten Hand. Und doch verdient die rein manuelle Behandlung den Vorzug vor der instrumentellen; denn sie ist einfacher und schneller auszuführen.

Es ist zweckmäßig, bei allen Knaben schon im Säuglingsalter prophylaktisch auf diese einfache Weise die Phimose zu beseitigen. Es wäre unzweckmäßig, während einer akuten Balanitis die Sprengung der Phimose zu forcieren. Man läßt erst die Entzündungserscheinungen ablaufen. Gleich in den ersten Stunden der Phimosensprengung besteht oft Schmerzhaftigkeit beim Urinieren, die aber gewöhnlich rasch verschwindet. Die Blutung sistiert immer sofort oder wenige Minuten nach der Sprengung. Es ist zweckmäßig, in den ersten 24 Stunden den Penis mit einem Wattebauschen, getränkt mit Borwasser oder 5 fach verdünntem Liq. Burrowii zu umgeben.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um eine Erneuerung der Phimose hintanzuhalten, wiederholt man die Zurückschiebung des Präputiums hinter die Glans anfangs alle 3 Tage, später jede Woche einmal. Auch kann man diese einfache Prozedur die Mutter machen lassen, freilich unter der strengen Vermahnung, darauf zu achten, daß das Präputium auch wieder vollständig nach vorn gezogen wird, damit ja keine Paraphimose mit ihren unangenehmen Folgeerscheinungen entstehe. Um die Schmerzen auf ein Minimum zu beschränken, kann man die Rückschiebung des Präputiums während des Schlafes machen lassen.

Die Phimose ist dann als endgültig beseitigt anzusehen, wenn das Präputium hinter die Korona geschoben werden kann, ohne daß das Kind Schmerz äußert.

H. glaubt behaupten zu dürfen, daß jede Phimose bei Kindern unter 3 Jahren ohne instrumentelle Behandlung rein manuell dauernd beseitigt werden kann; bei älteren Kindern besonders jenseits des 10. Lebensjahres wird wohl freilich oft die Messerbehandlung nicht zu umgehen sein.

Die rein manuelle Phimosenbehandlung hat weiter neben ihrer Einfachheit den Vorteil, daß man keine Narkose braucht und daß Verunstaltungen, wie sie durch alle möglichen Operationsmethoden bedingt werden, ausgeschlossen sind. Grätzer.

Beneke (Marburg), Über Tentoriumzerreißungen bei der Geburt, sowie die Bedeutung der Duraspannung für chronische Gehirnerkrankungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 41.) Verf. meint, daß die Spannungsverhältnisse der Dura mater für akute wie chronische Zustände des Kinderkopfes mit offenen Nähten von größter Bedeutung sind. Jähe seitliche Kompressionen bei der Geburt erzielen sehr häufig Tentoriumzerreißungen und hierdurch eventuell den sofortigen Tod, protrahierte Asphyxie oder sonstige schwere oder leichtere Hirnsymptome; chronische Überspannungen durch habituelle Seitenlagerung veranlassen sehr wahrscheinlich Zirkulationshemmungen in den Längssinus mit ihren Folgeerscheinungen, nämlich dem Hydrocephalus internus und der Hirnhypertrophie, beides wieder die Grundlagen vielgestaltiger krankhafter Erscheinungen in den Funktionsäußerungen des Gehirns. Grätzer.

W. Dibbelt (Tübingen), Die Bedeutung der Kalkstoffwechselstörungen für die Entstehung der Rachitis. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 41 u. 42.) Zusammenfassend präzisiert D. seinen Standpunkt wie folgt:

Die pathogenetische Ursache der Rachitis liegt in einer Störung des Kalkstoffwechsels, durch die eine vermehrte Exkretion von Kalksalzen in den Darm stattfindet. Die rachitischen Skelettveränderungen sind Folgeerscheinungen dieser allgemeinen Stoffwechselstörung, sie lassen sich im wesentlichen so charakterisieren, daß bei gesteigerter Resorption, besonders des mineralischen Anteils des Knochengewebes, eine qualitativ, oft auch quantitativ unzureichende Apposition stattfindet. Diese Erscheinungen finden durch die ge-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebenen Verhältnisse ihre Erklärung; wenn die im Blute kreisenden Kalksalze abnorm stark in den Darm abgelenkt werden, so wird das Blut an diesen Salzen verarmen, da es aber eine ganz bestimmte Lösungsfähigkeit für Kalksalze besitzt und sich dieser entsprechend mit Kalksalzen sättigen sucht, so werden in entsprechendem Maße Skelettsalze in zu Lösung gehen, i. e. es wird zu einer Kalkberaubung, Halisteresis kommen, die sich eben sowohl an dem Knochengewebe, wie an der provisorischen Verkalkungszone des Knorpels bemerkbar machen muß. Durch diese Ablenkung ist ferner erklärt, daß die im Blut kreisenden Kalksalze nur zum Teil dem jungen, sich neubildenden Knochen zur Verfügung stehen, dasselbe bleibt daher in entsprechendem Umfange unverkalkt, unfertig. Alles in allem entsteht also ein an organischer Substanz abnorm reicher, an anorganischer Substanz dagegen armer, funktionell minderwertiger Knochen, dessen pathologische Veränderungen auch in den histologischen Strukturen spezifisch zum Ausdruck kommen.

D. bespricht dann diejenigen Faktoren, welche die supponierte Störung des Kalkstoffwechsels auszulösen vermögen. Er gibt einen Überblick über den Bedarf des Säuglings an Kalksalzen, über den Gehalt der Frauen und Kuhmilch an solchen und über die verschiedenen für Resorption und Sekretion in Betracht kommenden Faktoren.

Die Details sind im Original einzusehen. Grätzer.

W. Blacher, Die Technik intravenöser Injektionen im kindlichen Alter. (Aus dem städt. Kinderspital zu St. Petersburg.) (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 42.) Die Anwendung intravenöser Injektionen größerer Flüssigkeitsmengen während der letzten Choleraepidemie in St. Petersburg veranlaßten B., die technische Seite dieser Frage näher zu studieren und auszuarbeiten. Wenn auch die Technik intravenöser Injektionen bei Erwachsenen keine größeren Schwierigkeiten bietet, höchstens Unbequemlichkeiten, so haben wir es doch bei dieser kleinen Operation im kindlichen Alter mit bedeutenden Hindernissen zu tun, welche einen nicht geringen Prozentsatz Fehloperationen zur Folge haben. Wir haben die Ursache dieser, für den Zustand der Patienten und die Berechtigung dieser Behandlungsmethode schwerwiegenden Fehloperationen vorzugsweise in folgenden Momenten zu suchen.

Maßgebend vor allen Dingen ist das kleine Kaliber der Gefäße. Dieser Umstand gestattet die Einführung der Kanüle in das Gefäßlumen nur unter folgenden Bedingungen:

1. genügend großer Spielraum für den Operateur,
2. absolute Ruhelage des kleinen Patienten,
3. Vermeidung irgend welcher Bewegungen und Manipulationen nach Einführung der Kanüle in die Vene.

Letzteres ist von besonderer Bedeutung, da die Kanüle bei nachfolgenden, scheinbar unbedeutenden Manipulationen gar leicht eine andere Lage einnimmt; sie schiebt sich entweder vor und durchstößt die gegenüberliegende Gefäßwand oder sie gleitet aus dem Gefäßlumen. Im ersteren Falle gelingt es zuweilen, durch vorsichtiges Zurückschieben die Kanüle wieder in das Lumen zu bringen, im letzteren Fall aber

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

muß die Operation an dieser Stelle aufgegeben werden, da das aus der Vene hervorquellende Blut sich zwischen die umliegenden Faszien ergießt und das Gefäßlumen komprimiert; das außerdem die Blutgerinnsel die Vene verdecken, so ist das Gefäß auch nicht leicht wieder aufzufinden.

Bekanntlich wird die Operation gewöhnlich in der Weise gemacht: die Kanüle wird entweder durch die Haut oder nach Freilegung des Gefäßes vermittels Hautschnitts in die Vene gestoßen. Daß die Kanüle sich wirklich in dem Gefäßlumen befindet, ersehen wir daraus, daß das Blut aus der Kanüle hervorquillt. Sobald das geschehen ist, muß die Kanüle mit der Spritze oder dem die Injektionsflüssigkeit enthaltenden Apparat verbunden werden. Diese störende Manipulation ist nun entscheidend für den Erfolg der Operation, denn hierselbst kann entweder die gegenüberliegende Gefäßwand durchgestoßen werden oder die Kanüle gleitet infolge des beim Aufsetzen der Spritze oder eines Verbindungsstückes von seiten des Operateurs erfolgten Gegendruckes aus dem Gefäßlumen.

Dieser Umstand veranlaßte B., einen Apparat zu konstruieren, der die erwähnten Schäden beseitigt, d. h. eine Injektionsspritze, die in vollständig armiertem Zustand eine Kontrolle, ob die Kanüle im Venenlumen steckt, gestattet, so daß die späteren Manipulationen überflüssig werden. Grätzer.

R. Pürckhauer, Ein Nachteil der Jodbenzindesinfektion. (Ebenda.) Man wendet seit etwa einem halben Jahre in der Langeschen Klinik die Jodbenzinreinigung mit anschließender Jodtinkturätzung an, und P. kann an der Hand von ungefähr 200 größeren und kleineren Operationen, deren Ausführung die peinlichste Asepsis erfordert, wie Sehnenplastiken, Gelenk- und Knochenoperationen, die guten Resultate der Kollegen nur bestätigen. Mit Ausnahme eines einzigen Falles hatte man nie nachteilige Folgen der Methode, und auch dieser Fall hat nicht etwa eine Störung im Wundheilungsverlauf gebracht, sondern nur eine Komplikation.

Bei einem 14jährigen Jungen wurde wegen paralytischer Kinderlähmung eine Quadrizepsplastik vorgenommen; die Reinigung des Operationsgebietes wurde mit Jodbenzinreibung (1 $^0/_{00}$) und nachfolgender Jodtinkturbestreichung ausgeführt. Schon gleich nach dem Erwachen des Patienten aus der Narkose klagte er über heftige Schmerzen in der Glutäalgegend; die Inspektion dieser Stelle ergab eine über beide Glutäen sich erstreckende Rötung der Haut, wie sie bei Verbrennung I. Grades auftritt. Schon nach einigen Stunden war diese Stelle mit großen Blasen bedeckt, die keinen Zweifel mehr darüber ließen, daß hier eine Verätzung stattgefunden haben mußte. Er war bei der Reinigung des Operationsgebietes, die in Rückenlage des Patienten und bei erhobenem Beine vorgenommen wurde, das Jodbenzin an den Glutäen entlang vorgedrungen und konnte dort nicht verdunsten. Die Folge war eine Verbrennung I. Grades, soweit das Jodbenzin vorgedrungen war, die dem Patienten, abgesehen von den Schmerzen, keine weiteren Nachteile brachte. Die Operationswunden heilten primär.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein zweiter ähnlicher Fall wurde mir von P. einem Kollegen berichtet, der ebenfalls die Jodbenzinreinigung vornimmt und nach einer ausgeführten Strumektomie eine ausgedehnte Verbrennung der Haut des Hinterkopfes und des Nackens erhielt. Auch hier war, ohne daß es beachtet wurde, das Jodbenzin am Verdunsten verhindert und setzte eine Verbrennung I. Grades.

Der Hinweis auf diese beiden Fälle diskreditiert natürlich die Methode der Jodbenzindesinfektion keineswegs, er soll nur zur Vorsicht mahnen bei der Anwendung derselben an Körperstellen, wo ein guter Luftzutritt nnd damit ein Verdunsten des Benzins unmöglich ist.

Die gemeldeten Erfolge der Desinfektion mittels Jodtinktur allein, wie sie Grossich angibt, sind derartig gute und ermunternde, daß man auf die vorhergehende Frottierung mittels Jodbenzin verzichten kann. Grätzer.

S. Weiss, Über Influenza bei Säuglingen. (Aus der Säuglingsheilstätte in Straßburg i. E.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 37.) W. schildert 3 Endemien der Krankheit.

Bei einer Betrachtung der an erster Stelle beschriebenen Endemie sieht man im Anschluß an die leichte Erkrankung eines Säuglings an Influenza der gewöhnlichen, die oberen Luftwege beteiligenden Form eine Reihe anderer den Raum teilender Säuglinge von einer fieberhaften Erkrankung befallen werden, die ihre influenzaartige Natur dadurch erweist, daß sie bei Erwachsenen zum Auftreten von typischer Influenza Veranlassung gibt, und daß sie selbst rezidivierend die übliche Form annimmt.

Man sieht weiter, daß das Fieber, aller Therapie trotzend, nicht nach der gewöhnlichen Zeit verschwindet, sondern mit kurzen Unterbrechungen einige Wochen andauert und daß die Erkrankung anscheinend immer von neuem von einem Kind auf das andere übergeht. Erst ein Ortswechsel bringt bei einem Teil der Kinder, und zwar nach sehr kurzer Zeit, die Erscheinungen völlig zum Schwinden.

Wenn man die Fälle der an zweiter und dritter Stelle geschilderten Endemie zusammenfassend betrachtet, so bieten sie folgendes Bild:

Im Anschluß an eine in der gewöhnlichen respiratorischen Form aufgetretene Influenzaerkrankung eines Erwachsenen oder Kindes erkranken eine Reihe von Säuglingen, die in demselben Raume sich befinden oder der häufigen Berührung mit den erkrankten Personen ausgesetzt sind, unter Magendarmerscheinungen von verschiedener Intensität. — Eine gewöhnliche enterale Infektion, vermittelt durch Instrumente oder die Hände des Personals darf als ausgeschlossen angesehen werden, ebenso eine verdorbene Nahrung als Ursache aus den verschiedensten Gründen. — Fast gleichzeitig setzt bei den entweder nur leicht dyspeptischen oder bereits im Reparationsstadium befindlichen Kindern eine hochgradige Verdauungsstörung ein, gekennzeichnet durch Appetitlosigkeit, Durchfall, starken Gewichtsverlust und meist auch Erbrechen. Bei den widerstandsfähigsten gelingt es, besonders durch sofortige vorübergehende vollkommene oder teilweise Brusternährung, die Infektion schnell zu überwinden. Bei den andern

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jedoch, die teils von Beginn an schwächlich gewesen, teils eine schwere Ernährungsstörung soeben durchgemacht haben, führt die Infektion trotz aller diätetischen und medikamentösen Therapie unaufhaltsam zum Tode. Das würde wohl ganz der Angabe von Baginsky entsprechen, daß anscheinend leichte Influenzaattacken von der deletärsten Wirkung werden, sofern sie einen auch vorher schon geschädigten Organismus treffen. Die Sektion der Verdauungsorgane hat, abgesehen von Schwellungen der lymphatischen Apparate, das übliche negative Ergebnis. Die Milz ist in allen Fällen stark vergrößert. Und in zwei Fällen, wo auch bei Lebzeiten Albuminurie konstatiert worden war, findet sich eine verwaschene Zeichnung des Durchschnitts der Nieren, die allerdings in dem einen Falle nur, wie üblich, vergrößert, in dem andern bedeutend verkleinert gefunden werden.

Bei der Sektion des als letzten angeführten Falles enthält das Protokoll die Angabe, daß im Herzbeutel zäher Eiter enthalten ist bei sonst vollkommen intaktem Herzen. Der Eiter enthielt, wie die bakteriologische Untersuchung ergab, zahlreiche feinste gramnegative Bazillen vom Aussehen der Influenzabazillen. Ob diese zweifellose Perikarditis eine primäre gewesen oder mit der Rhinitis ulcerosa in Beziehung gestanden, ist ziemlich irrelevant. Wichtig aber ist die Tatsache, daß der bakteriologische Befund gestattet, die Influenza als ätiologischen Faktor anzusehen. Grätzer.

Kuhlemann (Uslar), Schwere peritonitische Entzündungserscheinungen hervorgerufen durch Bandwurm. (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 43.)

Am 29. Juni v. J. vormittags wurde K. zum 12jährigen Sohne eines Kaufmannes gerufen. Derselbe war morgens nach gut durchschlafener Nacht aufgestanden, um zur Schule zu gehen, mußte sich jedoch wegen heftiger Leibschmerzen wieder zu Bett legen.

K. fand den Patienten, einen ziemlich kräftigen Jungen von altersentsprechender Körperentwicklung, im Bett liegend vor; Gesicht blaß und schmerzverzogen, die Beine an den Leib gezogen, der Leib etwas eingezogen, Bauchmuskulatur stark gespannt, Berührung des Leibes außerordentlich schmerzhaft, namentlich im rechten Hypochondrium dicht unter dem Rippenrande. Hier, gibt er an, habe er beim Atemholen besonders heftige Schmerzen. Genauere tiefe Palpation ist wegen der großen Schmerzempfindlichkeit und der starken Muskelspannung nicht möglich. Die Blinddarmgegend jedoch war frei von einem Tumor, sowie nicht besonders schmerzempfindlich. Die Temperatur betrug 38,5°, der Puls 112 pro Minute, war ziemlich klein. Extremitäten kalt. Zunge etwas belegt; es besteht Übelkeit, jedoch kein Erbrechen, Stuhlgang am Tage zuvor von normaler Beschaffenheit. Lungenbefund normal.

Diagnose: Beginnende Peritonitis in der Gegend des rechten Hypochondriums aus vorläufig unbekannter Ursache.

Therapie: Kleine Opiumdosen 2stündlich und feuchter lauer Umschlag. Nahrungsenthaltung.

Abends war die starke Muskelspannung infolge der Opiumgaben zurückgegangen; der Leib war im ganzen aufgetrieben; die allgemeine Schmerzhaftigkeit des Leibes hatte nachgelassen; nur unterhalb des rechten Rippenbogens war der Leib in der Ausdehnung einer kleinen Hand besonders stark vorgewölbt und umschrieben druckempfindlich. Die Temperatur betrug 39,8° C, der Puls 120 pro Minute, war voller als am Morgen; kein Stuhlgang, kein Erbrechen, aber auch kein Verlangen nach Nahrungsaufnahme.

Am nächsten Tage war geringe Besserung aller Symptome vorhanden, das Fieber sogar gänzlich geschwunden. Der Leib trotz Zurückhaltung des Stuhlganges klein und weich, nur geringe umschriebene Druckempfindlichkeit noch in

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der rechten Seite. Auf Öleinlauf und Verabfolgung einer geringen Dosis Rizinusöl erfolgt abends etwas dünner Stuhl. Die Nacht verläuft gut. Auch der nächste Tag.

2. Juli. Patient steht morgens bei Wohlbefinden auf und genießt ein halbes Brötchen und etwas Milch; sofort stellen sich wieder heftige Schmerzen ein; K. wird gerufen und findet denselben Zustand wieder, wie am ersten Tage der Erkrankung.

Nach Darreichung von Opium verlieren sich die heftigen Schmerzen, der Leib bleibt jedoch gespannt, unter dem rechten Rippenbogen ist in der nächsten Zeit dauernd eine etwas vorgewölbte, umschrieben schmerzhafte, resistente Stelle vorhanden.

Fieber besteht jetzt dauernd, in verschiedener Höhe, abends öfter nahe 40°, trotz Regulierung des Stuhlganges. Die Schmerzen ziehen sich angeblich auch nach der linken Seite zum Herzen hin. Herztöne zeitweise unregelmäßig und irregulär.

K. konnte sich keine rechte Erklärung über die vorliegenden Erkrankungserscheinungen machen, nahm eine Peritonitis, eventuell eine Abszeßbildung im rechten Hypochondrium oder Zwerchfellraum aus unbekannten Ursachen an und beschloß, den Jungen in die Klinik zu überweisen zu eventueller rechtzeitiger Operation. Da fanden sich am 5. Juli im Stuhlgang mehrere einzelne Bandwurmglieder, und am 6. Juli ging ein größeres Stück eines Bandwurmes ab. So unwahrscheinlich die Sache noch erschien, glaubte K. nunmehr die Krankheitserscheinungen eventuell auf den Bandwurm zurückführen zu dürfen und entschloß sich trotz des bestehenden Fiebers und der vorhandenen peritonitischen Entzündungserscheinungen zur Einleitung einer Bandwurmkur. Am 7. Juli morgens 8 Uhr erhielt Patient 5 g Extract. filic. in etwas schwarzem Kaffee verabreicht, um 11 Uhr ging ohne weitere Darreichung eines Abführmittels eine Bandwurmkette von 2 $^1/_2$ m Länge mit Kopf ab. Der Bandwurm entpuppte sich als Taenia solium. Nach dem Abgang des Bandwurms ließen sämtliche Reizerscheinungen alsbald nach und völlige Genesung trat bereits am nächsten Tage ein, die sich unter anderem durch einen Riesenappetit kundgab.

Fälle von Verdauungsstörungen und Kolik infolge Bandwurmleidens sind bekanntlich nicht selten. Derartige peritonitische Reizerscheinungen jedoch mit derartig hohem Fieber, wie sie obiger Fall zeigt, sind jedenfalls sehr selten in Anschluß an das Vorhandensein eines Bandwurmes im menschlichen Körper beobachtet.

Auch chirurgisch verdient der Fall in gewisser Weise Interesse, da die Verleitung zu chirurgischem Eingreifen in solchen Fällen sehr nahe liegt, und in obigem Falle, wenn die entzündliche Stelle etwas tiefer in der Blinddarmgegend gelegen hätte, ein chirurgischer Eingriff unzweifelhaft erfolgt wäre. Grätzer.

Hager, Über die Kombination der subkutanen Tuberkulinbehandlung mit der internen Tuberkulindarreichung. (Deutsche Ärzte-Ztg. 1910. Nr. 21.) In einer Versammlung der Bahnärzte in Magdeburg hielt H. einen Vortrag, dem wir Folgendes entnehmen:

In Nr. 45 v. J. der Münch. med. Wochenschrift macht Möller, der frühere Leiter der Lungenheilstätte Belzig, Mitteilung von der Verwendung einer Komposition von Tuberkelbazillenemulsion, Timothein und ameisensaurem Kalzium, welche er in Geloduratkapseln, welche vom Magensaft unberührt bleiben und erst im Darm zur Resorption kommen, verabreicht. Sie finden beide Präparate in dem soeben erwähnten Jahrbuch von Bandelier und Roepke hervorgehoben.

In seinem Lehrbuch der Tuberkulose bemerkt Möller, daß er experimentell festgestellt habe, daß das Tuberkulin in Gelodurat-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kapseln per os gegeben zur Resorption kommt. Geschlossene Tuberkulose bei Untersuchung von Fällen, wo der Verdacht auf Tuberkulose bei negativem Bazillenbefund bestand, diagnostizierte er durch Verordnung von Tuberkulin in Geloduratkapseln prozentualiter in etwa der gleichen Anzahl von Fällen, wie durch subkutane Injektion (ca. 70 %).

Zur Kombination der Tuberkelbazillenemulsion mit Timothein und Calc. formicum kam Möller durch folgende Erwägung: Timothein wird analog dem Tuberkulin aus dem von Möller entdeckten Timothebazillus dargestellt. Tuberkulöse reagieren aut Timothein wie auf Tuberkulin, nur viel milder bzw. auf viel größere Gaben: deshalb erscheint es zweckmäßig, Timothein der Tuberkelbazillenemulsion zuzusetzen. Bezüglich des Calc. formicum sagt Möller:

„Eine bekanntlich glücklich gewählte erfolgreiche Kombination in der Behandlung der Diphtherie ist diejenige von ameisensauren Salzen, so daß ich eine Komposition von Tuberkelbazillenemulsion, Timothe und ameisensaurem Kalzium in Geloduratkapseln verordnete. Die Ameisensäure ist bekannt als ein die Muskelspannkraft erhöhendes Mittel; sie hat einen günstigen Einfluß bei allen Erschöpfungszuständen; sie bewirkt bekanntlich bei tuberkulösen Gelenkentzündungen günstige Heilerfolge. Das Kalzium fügte ich hinzu, da beim Tuberkulösen eine Verarmung des Körpers an Kalksalzen durch vermehrte Kalkausscheidung statthat; neben der exzitierenden Wirkung wird durch das Calcium formicum eine qualitativ und quantitativ verbesserte Fibrinbildung veranlaßt, welch letztere wiederum ein ausgiebigeres, widerstandsfähigeres Narbengewebe an den Krankheitsstellen produziert.“

Diese Kapseln bewirkten genau wie die Tuberkulineinspritzungen Erhöhung des Agglutinationswertes des Blutes auf Tuberkelbazillen, in einzelnen Fällen bis auf 1:50 und 1:75, ein deutlicher Beweis der Wirkung per os, wenn man auch die Agglutination nicht als ein Immunisierungsphänomen gelten lassen will. Sie sind elastisch, leicht und angenehm zu nehmen, belästigen den Magen nicht und werden namentlich auch von Kindern gern genommen und gut vertragen. Sie enthalten also: Tuberkelbazillenemulsion 0,0002 ccm oder $^1/_{100}$ mg Tuberkelbazillensubstanz, Timothein 0,0001 ccm und Calcium formicum 0,01 g. So werden zunächst jeden zweiten Tag 1 Kapsel und nach 2—3 Wochen täglich 1 Kapsel genommen, am besten nachmittags 3 Uhr.

Besonders geeignete Fälle sind Kinder mit geschlossener Drüsentuberkulose und tuberkulöse Schwangere, ferner alle Fälle, in welchen sich regelmäßigen Injektionen schwer zu überwindende Hindernisse entgegenstellen.

Es liegt auf der Hand, wie wertvoll ein solches Mittel ist in Familien, in welchen wegen Erkrankung eines Mitgliedes mit offener Tuberkulose die Infektionsgefahr nicht zu beseitigen ist. Bei ambulant mit Injektionen zu behandelnden Kranken, welche während der Behandlung ihren Dienst verrichten, ist man durch Kombination beider Behandlungsarten in der Lage, die Injektionen seltener, etwa einmal wöchentlich, zu machen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man kann nach meiner Erfahrung (ich wende diese Kapseln jetzt seit einem Jahre an) schneller mit den subkutan zu injizierenden Dosen steigen; indessen ist immer zu betonen, daß in jedem Falle individualisiert werden und man sich nach dem Befinden des Patienten richten muß. Sicher aber scheint mir, daß dieses Verfahren die Injektionskur weniger lästig und zeitraubend gestaltet.

Von Prof. Möller weiß ich durch briefliche Mitteilung, daß das Mittel in Fällen von Darmtuberkulose geradezu glänzend zu wirken imstande ist und daß es sich in ausgezeichneter Weise prophylaktisch für gefährdete Familienmitglieder empfiehlt.

Das Generaldepot für diese sogenannten Tuberoidpillen ist die Schweizer-Apotheke, Berlin, Friedrichstraße. Verfertigt werden sie in dem einen Institut in Berlin (Gelodural-Institut), wo die stete sorgfältige Bereitung unter sicherer Aufsicht und Kontrolle ist. Der Preis, welcher bei gewöhnlichem Bezug durch die Apotheke sich auf etwa 10 Pf. für eine Pille stellt, würde sich beim Bezug durch die Eisenbahn-Betriebskrankenkasse eventuell billiger gestalten lassen.

Möller fügt seinen Erfahrungen mit dem Mittel noch hinzu, daß bei komplizierten Mischinfektionen mit Streptokokken und Pneumokokken sowie Influenzabazillen ein voller Erfolg nicht in Aussicht zu stellen ist. Auffallend ist dagegen bei reiner Lungentuberkulose oft das Nachlassen des Nachtschweißes, der Husten läßt nach, das Sputum wird locker, das eitrige Sputum wird serös, der Appetit hebt sich, Brechen verschwindet.

Gerade die Anfangsstadien, und darunter besonders die larvierten Tuberkulosen, welche unter allen möglichen Beschwerden und Klagen, wie Nervosität, Magenstörung, Blutarmut, Abmagerung, wie man solche unter den weiblichen Patienten im Pubertätsalter zahlreich findet, und die auf Tuberkulin durchweg positiv reagieren, sind die dankbarsten Fälle für die Tuberoidinpillentherapie.

Ich bin in der Lage, alle diese Erfahrungen bestätigen zu können: das war für mich der Grund, Ihnen hier in unserem Kreise dies Mittel zu empfehlen, und ich hoffe, niemand von Ihnen wird sich enttäuscht finden, sondern im Gegenteil es als eine große Befriedigung in seiner Praxis empfinden, wenn er von dieser inneren Tuberkulindarreichung ausgedehnten Gebrauch macht. Grätzer.

W. Stern, Kinder und Jugendliche als Zeugen. (Deutsche Juristen-Ztg. 1910. Nr. 18.) Die physiologischen und psychischen der Kindheit und dem Entwickelungsalter eigenartigen Attribute sollen ja künftig im Strafrecht berücksichtigt werden. Verf. will aber auch den jugendlichen Zeugen vom gleichen Gesichtspunkte aus betrachtet wissen. Nicht nur der jugendliche Übeltäter, sondern auch der jugendliche Zeuge ist „vor Berührung mit den Strafgerichten nach Möglichkeit“ zu schützen. Die vielen Vernehmungen und Verhöre der Jugendlichen als Zeugen sind zu vermeiden, da sie die Kinder und Jugendlichen nur dazu bringen, Dinge (z. B. Sexualia), die längst vergessen sein könnten, sich um so fester einzuprägen. Eltern suchen daher Kinder vor demoralisierenden Zeugnisablegungen tunlichst zu

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schützen. Aus diesem Grunde unterbleiben oft Anzeigen. Dazu kommt noch der geringe Wert, den man auf Kinderaussagen, namentlich soweit es sich dabei nicht um frische Eindrücke handelt, legen darf, worauf ja Verf. schon stets hinwies.

Verf. schlägt vor:

Bis zur Vollendung des 12. Jahres ist von kindlichen Zeugen, von da bis zur Eidesfähigkeit von jugendlichen Zeugen zu sprechen. Kinder sollten nur bei ganz schweren Delikten als Zeugen zugelassen werden. Für jugendliche Zeugen müßte das Recht der Zeugnisverweigerung ausgedehnt werden. Kinder und Jugendliche sollten möglichst nur einmal und dann nur von dem für den richterlichen Verkehr mit Jugendlichen besonders qualifizierten Jugendrichter (auch in Prozessen, die sonst mit dem Jugendgerichtshof nichts zu tun haben) vernommen werden. In den weiteren Verhandlungen hätte dann der Jugendrichter statt der jugendlichen Zeugen vor Gericht aufzutreten. Ein streng wörtliches, stenographiertes Protokoll, pädagogisches, individualisierendes, schonungsvolles Eingehen auf des Kindes Art, Vermeidung von Suggestivfragen, etwaige Begutachtung der zur Aussage nötigen Fähigkeiten des Zeugen sind besonders zu berücksichtigende Forderungen bei diesen einmaligen Vernehmungen.

(Referat aus Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910. Nr. 21.)

Kielhorn, Straffälligkeit der geistig Minderwertigen. (Monatsschrift f. Kriminalphysiologie u. Strafrechtsreform. Jahrg. 7, Nr. 2.) Unter 280 männlichen und 204 weiblichen Zöglingen der Hilfsschule zu Braunschweig (seit 1881) wurden bestraft 36 männliche, d. h. 12,2 % (insgesamt mit 8 Jahren Zuchthaus, 39 Jahren, 9 Monaten, 6 Tagen Haft), sowie 6 weibliche. Auffällig war, daß alle Angeklagten von vornherein ein offenes Geständnis ablegten. Ihr Verhalten im Gefängnis war mit zwei Ausnahmen „gut oder einwandfrei". Die geistige Minderwertigkeit der Angeklagten war dem Richter nur in wenigen Fällen bekannt, da die meisten aus Eitelkeit den Besuch der Hilfsschule verschweigen. (Referat aus Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910. Nr. 21.)

Michalsky, Ein Beitrag zur Atemgymnastik. (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. 14. Heft 4.) Der Verf. plädiert energisch für die obligatorische Einführung von Atemübungen in die Schule. Die von ihm angegebenen Übungen sind infolge ihrer Einfachheit selbst kleinen Kindern leicht beizubringen. Er weist darauf hin, daß der die Tuberkulose begünstigende flache Brustkorb während der Schulzeit sehr häufig erst erworben wird und das dementsprechend die durch eine fehlerhafte Therapiegestaltung erworbene Disposition zur Tuberkulose späterhin verhängnisvoll werden kann. Diese fehlerhafte Gestaltung läßt sich durch systematische Atemübungen hintanhalten bzw. wieder ausgleichen. Eine auf diesem Prinzip basierende Fürsorge für die gesunde und kräftige Entwicklung der Kinder muß daher zu den vornehmsten Aufgaben der Schule zählen.

Freyhan (Berlin).

Mendez, Orbitalzyste, von versprengter Schleimhaut ausgehend. (Aus d. Univ.-Augenklinik Freiburg i. B.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Mai—Juniheft 1910.) Schleimzysten der Orbita sind in der Literatur sehr selten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der beschriebene Fall ist ein Beleg dafür, daß in der Orbita sowohl von versprengter Epidermis (Dermoide) als auch von versprengter Schleimhaut (der Nase oder einer Nebenhöhle) — Schleimzysten — sich Tumoren auf angeborener Anlage entwickeln können.

Sommer (Zittau).

Cabannes, Postdiphtherische Lähmung der beiden Recti externi. (Vortrag, gehalten auf dem Kongreß der Soc. franç. d'ophthalm.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juliheft 1910.) Bei einem Knaben war im Anschluß an eine leichte Rachendiphtherie eine Akkommodationslähmung und eine Paralyse der Recti externi aufgetreten. (Letztere äußerte sich im Strabismus convergens und Doppelbildern.) C. empfiehlt tägliche Seruminjektionen. Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Cristofoletti, Beitrag zur Klinik der überzähligen abnorm mündenden Ureteren. (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 43.) Abnormitäten in der Ausmündung überzähliger Ureteren sind an und für sich Seltenheiten. Da solche überzählige Ureteren beim Weibe in der Vagina, im Vestibulum und im unteren Abschnitte der Urethra ausmünden können, wo kein sphinkterartiger Verschluß den tröpfelnden Harn zurückhält, so ist bei derartigen Mißbildungen die Inkontinenz, die seit früher Jugend besteht, das einzige Symptom, das die betreffenden Patientinnen die ärztliche Hilfe aufsuchen läßt. An die Möglichkeit des Vorhandenseins solcher Mißbildungen wird, wie C.s und manch anderer in der Literatur niedergelegte Fall zeigt, gewöhnlich nicht gedacht, so daß solche Patientinnen als „Bettnässerinnen" mit allen möglichen Prozeduren behandelt werden, ehe sie nach richtig gestellter Diagnose der chirurgischen Therapie zugeführt werden können.

Einen solchen Fall bei einem 15jährigen Mädchen war C. in der Lage, auf der Klinik Schauta zu beobachten und mit Erfolg zu operieren.

Es war zuerst C.s Plan, den Ureter in der Scheide freizumachen und von der Scheide aus in die Blase zu implantieren. Es wurde dementsprechend zunächst eine Scheidendamminzision links angelegt und der Versuch gemacht, den Ureter von der Urethra freizupräparieren. Doch erwies sich die Ureterwand mit der Vaginalschleimhaut und mit der Urethra so innig verwachsen, daß eine Isolierung des Harnleiters nicht möglich war. C. spaltete deshalb den dilatierten Ureter bis hinauf zum Scheidengewölbe und bis zum Peritoneum. Aber auch im oberen Anteile ließ sich der Ureter nur schwer isolieren. Dazu kam noch der Umstand, daß C. hoch oben im Scheidengewölbe eine starke Stenose des Ureters fand. Auch konnte er jenseits von der Stenose den Ureter nicht gut mobilisieren.

Mit Rücksicht auf diesen Befund mußte von einer vaginalen Implantation des Harnleiters Abstand genommen werden, und C. schritt zur Laparotomie.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba sah man auf der linken Seite, entsprechend dem Verlaufe des Ureters, ein Gebilde unter dem Peritoneum, das an Dicke einer Dünndarmschlinge glich. Das Peritoneum darüber wurde gespalten, und medial vom dilatierten Ureter — denn das war dieses Gebilde — verlief, diesem angelagert, der normale, in die Blase mündende Harnleiter.

Der dilatierte überzählige Ureter wurde nun freipräpariert, an der Eintrittsstelle in das Ligamentum durchtrennt und sein peripheres Ende abgebunden. Der zentrale Stumpf wurde durch das vorher durchbohrte Ligamentum latum durchgezogen. Die Harnblase wurde am Scheitel links eröffnet und der Ureter in dieselbe implantiert — und zwar nach der Methode von Samson nach vorheriger Spaltung des Ureters und Fixation der beiden Lappen mit je einer Katgutkopfnaht in die Blase.

Es wurde ein Verweilkatheter in die Blase eingelegt, der nach fünf Tagen entfernt wurde. Seitdem ist das Mädchen kontinent und hat keine weiteren Beschwerden.

Daß die aus dem überzähligen Ureter aufgefangene Flüssigkeit im Anfange nicht so intensiv blau gefärbt war wie der Harn in der Blase, läßt sich durch die Dilatation des Nierenbeckens, welches dem erweiterten Harnleiter entspricht, erklären. Infolge der Hydronephrose funktionierten diese Nierenpartien nicht so prompt, und deshalb erfolgte die Ausscheidung des Indigokarmins aus diesen Anteilen verspätet.

Die vier Wochen nach der Entlassung der Patientin vorgenommene zystoskopische Untersuchung zeigte links oben den eingepflanzten Ureter, der wie eine Rosette in die Blase hineinragte und deutlich Harn entleerte. Grätzer.

M. Sugár, Über einen Fall von nicht hysterischer, periodischer Lähmung. (Aus dem Garnisonhospital in Mostar.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 46.)

Ein 22jähriger, aus gesunder Familie stammender Mann litt als Kind an Scharlach. Seit seinem 14. Lebensjahre hat er Anfälle, die alle 4 Tage bis zu 3 Monaten sich wiederholen und $^1/_2$ Stunde bis zu 3 Tagen andauern. Patient bekommt ein unangenehmes Angst- und Schwächegefühl, welches in eine Lähmung der Extremitäten übergeht. Allmählich kehrt dann deren Beweglichkeit zurück.

Einen Anfall konnte S. selbst beobachten und folgenden Status aufnehmen:

Die Pupillen mittelweit, reagieren prompt. Keine Fazialislähmung, keine Deviation der Zunge. Die oberen und unteren Extremitäten sind paretisch. Auf die Aufforderung kann Patient nur seine Unterarme ein wenig bewegen. Händedruck sehr schwach. Seine Zehen kann er ein wenig bewegen, sonst sind seine Füße ganz gelähmt. Die Muskeln sämtlicher Extremitäten schlaff, die faradische Erregbarkeit stark erhöht. Patellar-, Achilles- und Trizepsreflex fehlen gänzlich. Die Hautreflexe sind etwas erhöht. Die Sensibilität zeigt während des Anfalles keine Abweichung von der Norm. Psyche normal.

Ähnliche Fälle wurden schon von Westphal, Fischl, Goldflam u. a. beschrieben. Auch in diesen Fällen war Scharlach voraufgegangen, und man nahm eine toxische Wirkung der Krankheitserreger auf die Muskeln bzw. die Nervenendigungen an. Grätzer.

L. Réthi (Wien), Über Septumoperationen im jugendlichen Alter. (Wiener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 47.) Solche Opera-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tionen können bei Kindern, wenn sie unvorsichtig ausgeführt werden, leicht üble Folgen, z. B. Einsenkung des Nasenrückens nach Fensterresektion, wie R. an 7 Fällen zeigt, haben. R. schließt mit den Worten: „Es wird sich daher empfehlen, bei Kindern die Indikationsgrenzen für die submuköse Septumoperation noch enger zu ziehen als bei Erwachsenen, nicht gleich alle Verbildungen der Nasenscheidewand operativ anzugehen, sondern, wenn halbwegs zulässig, zuzuwarten, den operativen Eingriff möglichst hinauszuschieben und, wenn schon operiert werden soll, von den festen Bestandteilen des Septums soviel als möglich zu erhalten, insbesondere bei Verdickungen das Septum nur dünner zu machen und bei Deviationen ein möglichst kleines Fenster in die festen Bestandteile des Septums zu schneiden. Das Septum wird dann seiner festen Stütze, deren es während seines Wachstums, wie es scheint, noch bedarf, nicht beraubt.“ Grätzer.

Bernheim-Karrer, Über Pirquetsche Reaktion bei aspezifischer und spezfischer Überempfindlichkeit der Haut. (Aus dem kantonalen Säuglingsheim Zürich.) (Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1910. Nr. 31.) Aspezifische Überempfindlichkeit ist B. bisher nur bei exsudativer Diathese begegnet: bei 3 Kindern ($8^1/_2$ Monate, 12 Monate, 6 Monate alt) mit Ekzem. Viel häufiger ist das Gegenstück, die Anergie, die dazu führt, daß selbst bei sicherer Tuberkulose die Reaktion negativ ausfällt. Die Fälle, wo es zu sehr heftigen lokalen und allgemeinen Erscheinungen kommt — spezifische Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin — sind zum Glück selten. B. schildert eine solche Beobachtung bei einem 13jährigen Knaben. Der Allgemeinausschlag kam hier erst 3 Wochen nach der Impfung und auch der Charakter des Exanthems war ein besonderer. Es handelte sich um zwei verschiedenartige Ausschläge: ein über den ganzen Körper sich verbreitendes Erythema urticatum und um ein an den Armen, stärker am geimpften, auftretendes pustulo-nekrotisches Exanthem, das B. zurückführt auf Superintoxikationen mit dem Sekret der geschwürigen Stellen. Das ganze Krankheitsbild ist aber durch die spezifische Überempfindlichkeit der Haut zu erklären; diese führte zunächst zur bullösen Reaktion, hierauf zu den skrofulodermaartigen Geschwüren und schließlich durch Spontanimpfung von diesen und den pustulonekrotischen Eruptionen aus zu einer so starken Sensibilisierung der Haut, daß es zum Allgemeinausschlag, zum Erythema urticatum kam. Grätzer.

E.-C. Aviragnet (Paris), Inconvénients et dangers du lait de vaches nourries de résidus industriels. (Archives de méd. des enfants. 1910.) Es ist schon seit längerer Zeit bekannt, daß die Milch von Kühen, welche mit industriellen Abfallstoffen genährt werden, kein gutes Nährmittel für kleine Kinder abgibt, daß dieselben an verschiedenen Magen-Darmkrankheiten leiden und in ihrer Entwicklung zurückbleiben. Der Grund dürfte in den Toxinen zu suchen sein, die sich durch Gärung in den betreffenden Substanzen bilden, in die Milch gelangen und im weiteren Verlaufe zur Erkrankung der damit genährten Säuglinge führen. So sind z. B. die Rückstände der Zuckerfabrikation, der Bier- und Spiritusfabrikation, sowie auch der Ölfabriken. Ihre schädliche Wirkung äußert sich auch bei den be-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

treffenden Kühen, die an Diarrhöen leiden. Die derart genährten Kühe haben nicht nur eine für Säuglinge schädliche Milch, weil dieselbe verschiedene Toxine enthält, sondern die Milch ist auch sehr wässerig, indem die verschiedenen Rückstände in großen Wassermengen aufgeschwemmt, zur Fütterung hergerichtet werden. Die einzigen industriellen Rückstände, welche zur Nahrung von Milchkühen zugelassen werden können, sind die Rückstände der Bierfabrikation, mit der Bedingung aber, daß dieselben sehr frisch zur Verwendung gelangen. Da es sich um Malzrückstände handelt, so üben diese sogar eine gute Wirkung auf den Fettgehalt der Milch und auch ihre Menge wird eine erheblich größere. Sonst sind alle industriellen Rückstände von der Ernährung der Milchkühe, namentlich jener, deren Milch zur Säuglingsernährung verwendet wird, auszuschließen.

E. Toff (Braila).

A. Arraga (Buenos-Aires), La colite muco-membraneuse. (Archives de méd. des enf. Décembre 1910. S. 904.) Der Verf. gelangt auf Grund seiner im Kinderspitale zu Buenos-Aires gemachten Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

Die Colitis muco-membranacea ist arthritischer Natur, kann sich im frühesten Alter entwickeln, und die Anlage zu derselben ist oft eine angeborene. Den Hauptgrund zur Entwicklung der Krankheit gibt Überernährung, namentlich übermäßige Fleischnahrung ab, da diese zur Entwicklung einer arthritischen Konstitution und im weiteren Verlaufe zu der in Rede stehenden Darmerkrankung führt. Solche Kinder leiden von den ersten Lebenstagen an, an grünen, diarrhoischen Stuhlentleerungen, abwechselnd mit Verstopfung. Infolge der arthritischen Konstitution besteht bei solchen Kindern eine funktionelle Insuffizienz der Verdauungsorgane, der Leber, der Schilddrüse und der anderen Drüsen mit innerer Sekretion, wodurch es zu mangelhafter Abscheidung der betreffenden Sekrete, unvollständigen Oxydationsvorgängen und übermäßiger Harnsäurebildung kommt, die durch die Galle, die Nieren und die Schleimhaut des Darmes ausgeschieden wird und zu einer chronischen Reizung derselben führt. Eine übermäßige Ernährung mit Fleisch und Eiern ist wohl imstande, die angeborene Anlage zu steigern. Daher muß bei derartigen Kindern die Diät von frühester Kindheit strenge geregelt und hauptsächlich vegetabilische Kost und Milch zur Anwendung kommen; ferner sollen diese Kinder möglichst spät entwöhnt werden. E. Toff (Braila).

Antonin Poncet et **René Leriche**, Scoliose d'origine tuberculeuse. (Académie de méd. Paris, 4 Octobre 1910.) Die meisten, als Wachstumskrankheiten bezeichneten chirurgischen Veränderungen, wie Plattfuß, schmerzhafter Valgus, Genu valgum, Coxa vara u. a. beruhen keineswegs auf mechanischen Veränderungen, sondern auf einer tuberkulösen Intoxikation. Eine ebensolche Ätiologie muß auch für die essentielle Skoliose des Jünglingsalters angenommen werden. Es muß für dieselbe eine allgemeine Ursache bestehen, welche zu einer Erweichung der Wirbel, zu einer Schwächung der Ligamente führt, so daß man bei dieser Skoliose nicht sagen darf, daß die Wirbelsäule sich verbiegt, weil das betreffende Kind sich nicht gerade

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hält, sondern weil die Widerstandskraft der Wirbelsäule eine verminderte ist. Diese Veränderungen haben alle das tuberkulöse Toxin zur Ursache, dann die Häufigkeit des Vorkommens der Tuberkulose in dem betreffenden Alter ist allgemein bekannt. E. Toff (Braila).

Paul-Vital Badin, Du traitement consécutif des luxations congénitales de la hanche réduites par la méthode non sanglante. (Archives de méd. des enf. Décembre 1910. S. 914.) Angeborene Luxationen des Hüftgelenkes heilen oft nur durch Immobilisation nach erfolgter unblutiger Reduktion, in anderen Fällen wieder ist dies ungenügend und man muß eine Nachbehandlung folgen lassen.

In den günstigen Fällen, die eine Heilung ohne weiteren Eingriff voraussehen lassen, muß vor allem die Funktionierung des Gliedes wieder hergestellt werden. Nach Abnahme des Gipsverbandes bleibt der Patient noch etwa 8 Tage zu Bette, während welcher Zeit massiert und elektrisiert wird, um den Muskeln die ursprüngliche Elastizität wiederzugeben und die atrophischen Störungen der Haut zu vermindern. Nach Abnahme des Verbandes zeigt sich das Bein abduziert, nach außen gerollt und gebeugt. Was erstere anbetrifft, so ist ein gewisser Grad von Abduktion für die konzentrische Reduktion von Vorteil. Man kann sogar sagen, daß ein zu rasches Verschwinden der Abduktion einen diesbezüglichen Korrektivverband notwendig macht, welcher über Nacht angelegt wird und das Bein in einer leichten Abduktionsstellung erhält. In jenen Fällen aber, in denen man eine lange Zeit anhaltende, hartnäckige Abduktion beobachtet, ist es von Vorteil, den Parallelismus der Beine durch Anlegen einer Kautschukbinde, die jeden Tag stärker angezogen wird, herzustellen.

Die Rotation nach außen wird durch den aufrechten Gang binnen kurzem von selbst verbessert, sonst wird dieselbe durch einen Verband, den man über Nacht anlegen läßt, wieder zur Norm gebracht.

Die Beugung der Hüfte muß durch aktive und passive Bewegungen, durch Massage, durch manuelle Geradestreckung und, falls es notwendig erscheint, durch die langsame und wiederholte Einwirkung einer Gummibinde redressiert werden.

Von Wichtigkeit ist es, den immerhin möglichen Reluxationen entgegenzuarbeiten, was man unter anderem auch durch zeitweilige Anlage des zuletzt getragenen Kontentivverbandes erreichen kann.

Die weitere Nachbehandlung besteht in gymnastischen Übungen, hauptsächlich in Ab- und Adduktionsbewegungen, in Streckungen und Drehungen. Auch systematische Gehbewegungen, mit und ohne Gewichte müssen vorgenommen werden. E. Toff (Braila).

C. Levaditi und **V. Stenosco,** Paralysie faciale provoquée chez le singe par le virus de la poliomyélite aiguë. — Durch das Virus der Poliomyelitis acuta beim Affen hervorgerufene Fazialisparalyse. (Compt. rend. Soc. de Biologie. 12. Febr. 1910.) Bei einem Macacus cynomolgus haben die beiden Forscher eine experimentell erzeugte und durch die primäre Lokalisation des Poliomyelitisvirus im Fazialiskern verursachte Fazialisparalyse beobachtet. Die weitere Generalisation dieses Virus im Rückenmark war von

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

paralytischen Erscheinungen gefolgt, die alle vier Gliedmaßen betrafen.

H. Netter (Pforzheim).

P. Teissier und **R. Bénard**, Sur la résistance globulaire dans la scarlatine avec troubles hépatiques. (Compt. rend. Soc. de Biologie. 19. Febr. 1910.) Um sich Rechenschaft geben zu können über die Frage, ob in gewissen Fällen der bei Scharlach beobachtete Ikterus nicht hämolytischer Natur wäre, haben die Verff. in 113 Fällen die globuläre Resistenz geprüft.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß der normale reguläre Scharlach die globuläre Resistenz nicht verändert. Beim Scharlach mit Beteiligung der Leber kann sie normal sein, ist aber im allgemeinen verändert. Bald handelt es sich um ganz geringe Herabsetzung, die in komplizierten Fällen beobachtet wurde, bald um vorübergehende Steigerung, was den hepatogenen Ursprung des Ikterus und den vorübergehenden Charakter der Leberläsion verrät.

H. Netter (Pforzheim).

A. Netter und **C. Levaditi**, Action microbicide exercée par le sérum des malades atteints de paralysie infantile sur le virus de la poliomyélite aiguë. (Compt. rend. Soc. de Biol. 9. April 1910.) Die beiden Forscher haben gefunden, daß das Serum von Personen, die infantile Paralyse durchgemacht haben, das Virus der Poliomyelitis in vitro neutralisiert. Diese neutralisierende Eigenschaft läßt sich schon 6 Wochen nach Beginn der Krankheit nachweisen und ist noch nach 3 Jahren vorhanden.

Mit Hilfe der Untersuchung des Blutserums wird also eine retrospektive Diagnose von Paralysen oder Atrophien möglich sein, deren primäre Entstehung eine sehr verschiedene sein kann.

H. Netter (Pforzheim).

G. Roussy und **J. Clunet**, Intégrité des parathyroïdes dans le myxoedème congénital par agénésie du corps thyroïde. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 14. Mai 1910.) Die Verff. haben das thyreo-parathyroïdeale System von zwei kongenital-myxödematösen Erwachsenen untersuchen können. Bei beiden war die Schilddrüse auf die Größe eines Weizenkorns reduziert und bot histologisch eine embryonale Struktur, ganz genau wie die der ersten Fötalmonate. Die Nebenschilddrüsen dagegen waren gut entwickelt, jede von ihnen war 30—40 mal größer als die Schilddrüse, und ihre histologische Struktur entsprach der einer normalen Drüse, ohne irgend ein Zeichen von Hyper- oder Hypofunktion.

Diese Daten scheinen eine weitere Bestätigung für die heute allgemein angenommene Doktrin von der embryologischen, anatomischen und funktionellen Unabhängigkeit der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen beizubringen.

H. Netter (Pforzheim).

A. Gilbert und **André Philibert**, Expulsion de l'oesophage par la touche après ingestion de caustiques. (Le Progrès médical. 1909. Nr. 7.) Auf den interessanten Fall, der einen Erwachsenen betrifft, sei hier nur wegen der Ätiologie hingewiesen, die auch im Kindesalter eine Rolle spielen kann.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die in der Literatur niedergelegten Fälle von massiver Expulsion der Speiseröhre werden von den Verff. in zwei Gruppen eingeteilt: In der ersten, offenbar der selteneren, handelt es sich um die Expulsion eines Abgusses der Speiseröhre, der diese in ihrer Gestalt reproduziert; aber diese Form besteht nur aus der in ihrer Totalität abgestoßenen Schleimhaut allein; eine zweite Eigentümlichkeit der Fälle dieser Art ist die anscheinende Spontanität, das Fehlen einer eingestandenen oder auffindbaren Ursache.

Die zweite Gruppe, reicher und interessanter, umfaßt die Fälle, wo die Expulsion der Speiseröhre sich auf die tiefen Schichten (Submukosa, Muskularis) erstreckt, während die epitheliale Schicht selbst zerstört, nur noch in kaum histologisch erkennbaren Fragmenten existiert: hier ist die Expulsion die sekundäre Folge des Verschluckens eines Causticum, die zur Verschorfung des Ösophagus geführt hat. In diese Gruppe gehört nun der angezeigte Fall. 6 Tage nach dem Trinken des alkalischen Causticums, wahrscheinlich Javeller Wasser, wurde unter Erbrechen ein in seiner Form die Totalität des Ösophagus mit einem Teil des Pharynx und des Magens repräsentierendes, in seiner ganzen Ausdehnung röhrenförmiges Gewebsstück ausgeworfen. Die beigegebene Abbildung gibt eine sehr gute Vorstellung und zeigt deutlich die Ringknorpel-, Aorten- und kardiale Verengerung, als ob es sich um einen normalen, aus der Brusthöhle herausgezogenen Ösophagus handelte. Einer kurzen Darstellung der verschiedenen Verlaufseigentümlichkeiten folgt zum Schluß eine solche der jeweils angezeigten Maßnahmen. Das Stück ist der Sammlung des Musée Diapuytren einverleibt worden. H. Netter (Pforzheim).

Jean Minet, La formule hématologique de l'hérédosyphilis. (Numération des globules. — Formule hémoleucocytaire.) (La Province médicale. 1910. Nr. 19.) Die wesentlichen Punkte aus der angezeigten Studie über das Blut der Erbsyphilitischen jeden Alters sind folgende:

1. Ganz regelmäßige Hyperglobulie der roten Blutkörperchen (zwischen 5000000 und 6076000).

2. Nahezu konstante und zuweilen starke Hyperglobulie der weißen Blutkörperchen (von 10000—139000). Die Leukozytose betrifft für gewöhnlich die Polynukleären beim Kinde unter 12 Jahren, die Mononukleären beim Kind über 12 Jahren, bei der Adoleszenz und beim Erwachsenen.

3. Beträchtliche Vermehrung der Zahl der großen mononukleären in 19 Fällen von 43.

4. Auftreten von Myelozyten in 36 Fällen von 43. Diese Myelozyten sind meist basophil, oft auch neutrophil, seltener eosinophil; ihrer Zahl nach durchschnittlich 5,5 auf 100 Leukozyten.

5. Häufiges Auftreten von Pseudoeosinophilen (mono- oder polynukleäre Elemente mit eosinophilem Protoplasma, aber ohne deutliche Körnelungen).

6. Auftreten kernhaltiger Erythrozyten, in 13 von 43 Fällen. Diese Blutveränderungen stellen ein richtiges pseudoleukämisches, heredosyphilitisches Syndrom dar, nach dem Ausdruck von Jaksch,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

begleitet von einer Erythrohyperglobulie, und verdienten, meint Verf., häufiger aufgesucht zu werden, als es zurzeit geschieht, wo das Studium der hämatologischen Formel den komplizierten Methoden des Laboratoriums abgetreten worden ist. Außer der Einfachheit der Technik hat das Aufsuchen dieser Veränderungen noch den Vorteil, auch in zweifelhaften Fällen eine Diagnose zn ermöglichen. Und für den Arzt kann es von Interesse, sogar von höherem Interesse sein, zu erfahren, ob er sich einem Falle von erworbener oder ererbter Syphilis gegenüber befindet. H. Netter (Pforzheim).

Philip Burneff, Notes on a case of papulo-necrotic Tuberculide. (The British Journ. of Dermat. Oct. 1910.) Bei den meisten an Tuberkulose erkrankenden Individuen besteht schon zuvor neben schwachem Körperbau, Blässe, Kältegefühl an Händen und Füßen, Neigung zu zyanotischen Verfärbungen und Frostbeulen. Der einschlägige Fall, an dem Verf. das Krankheitsbild erläutert, betraf ein zartes, blasses 5jähriges Kind, welches aus einer mehrfach mit Tuberkulose behafteten Familie stammte und 2 Jahre vor Erscheinen der Eruption einen Keuchhusten durchmachte. Ohne Jucken oder Schmerzempfindung traten die roten Knötchen zahlreich an den Extremitäten, nur spärlich an Gesicht und Ohren auf; das einsinkende Zentrum ging in Nekrose über, nach Abheilung blieben kleine Narben zurück. Die inneren Organe ergeben bei sorgfältigster Nachforschung keinen tuberkulösen Befund, doch sind die Zervikaldrüsen etwas vergrößert. Weder die histologische noch die bakterielle Untersuchung der Knötchen lassen irgendwelchen Anhalt für Tuberkulose erkennen, doch nimmt Verf. als Ursache dieser und ähnlicher Hauttuberkulide zwar nicht den Tuberkelbazillus, aber in den Hautkapillaren kreisende tuberkulöse Toxine an. Max Joseph (Berlin).

J. D. Rolleston, Herpes facialis in scarlet fever. (The British Journ. of Dermat. Oct. 1910.) Sowie bei Angina, Pneumonie oder Diphtherie wurde auch bei Scharlachfieber gelegentlich das Hinzutreten eines Herpes facialis beobachtet, und zwar meist im ersten akuten Stadium und häufiger bei schweren als bei leichten Erkrankungen. Jedes Lebensalter mit Ausschluß der drei ersten Kinderjahre war betroffen. Die Affektion heilte stets spontan ohne Narbenbildung. Nur einmal unter den 413 behandelten Scharlachkranken zeigte sich erst in der 12. Woche nach Beginn des Scharlachs bei einem 5jährigen Mädchen ein Herpes progenitalis, welcher mit vaginalem Ausfluß einherging. Max Joseph (Berlin).

L. Concetti (Rom), Die Gefahren der Unterernährung beim Säugling. (Riv. di Clin. ped. 1910. Nr. 8.) Ist es auch nicht richtig, daß zahlreiche dyspeptische Störungen im Säuglingsalter der Überernährung ihre Entstehung verdanken, so wird doch häufig übersehen, daß Unterernährung dieselben Symptome machen kann: Erbrechen, Durchfälle, Krämpfe usw. Im wesentlichen kommen hier Brustkinder in Betracht, die entweder nicht genügend Milch vorfinden oder die vorhandene schlecht absaugen. In solchen Fällen erzielt die gewöhnlich verordnete Hungerdiät natürlich das Gegenteil von Erfolg. Diagnostizierbar sind

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

derartige Fälle lediglich durch genaue Wägungen vor und nach dem Trinken. Therapeutisch ist die Zulage von künstlicher Nahrung lebensrettend, nur darf man nicht derart ausgehungerte Kinder gleich mit dem vollen ihnen zukommenden Quantum ernähren; zweckmäßig ist auch, der Nahrung gleich Verdauungsfermente hinzuzufügen.

M. Kaufmann.

U. Franchetti und **R. Fuà,** Die von Yamanouchi angegebene Methode der Tuberkulosediagnose im Kindesalter. (Riv. di Clin. ped. 1910. Nr. 9.) Yamanouchi hat in der Wiener klin. Wochenschrift. 1908, Nr. 47 vorgeschlagen, einen Zustand passiver Anaphylaxie auf Tiere zu übertragen und so ein Hilfsmittel für die Tuberkulosediagnose zu gewinnen: er injiziert einem Kaninchen intraperitoneal Blutserum eines tuberkulösen Individuums und 24 und 48 Stunden später in den Ohren altes Tuberkulin; es treten dann bei dem Tiere schwere anaphylaktische Symptome auf. Die Nachuntersuchungen der Verff. haben ergeben, daß diese Methode für die Diagnose der Tuberkulose beim Kind jedenfalls jedes diagnostischen Wertes ermangelt.

M. Kaufmann.

U. Trinci, Die akute eitrige Gelenkentzündung der Säuglinge (Riv. di Clin. pediatr. Juni 1910). In einer fleißigen Arbeit (101 Literaturangaben) stellt Verf. die Literatur dieser relativ seltenen Erkrankung zusammen und bringt 3 eigene Beobachtungen, einen Fall von Diplokokkenarthritis nach Pneumonie, und 2 Fälle unbekannter Genese. Was die therapeutischen Eingriffe anlangt, so verwirft Verf. die verschiedenen vorgeschlagenen Methoden wie Punktion, Resektion, Synovektomie, und hält einzig und allein die Arthrotomie für die gebotene Operation.

M. Kaufmann.

R. zu Jonalen de Jong und **C. M. L. Muskens,** Megacolon congenitum. (Ned. Tydskr. v. Geneesk. 16. April 1910. Nr. 16.) Beschrieben wird ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einem Knaben von 12 Jahren. Von Geburt an bestand Obstipation. Die Mutter erinnert sich nicht, daß der Bauch je größer als normal in den ersten Lebensjahren gewesen wäre. Der Stuhlgang fand im 3. Lebensjahre nur noch alle 5 oder 6 Tage statt. Im 12. Jahre nur einmal in 8 oder 10 Tagen. Das Kind war am Tage vor der Defäkation verstimmt, hatte Kopfschmerz, und unter starken Krämpfen kam am folgenden Tage eine große Masse übelriechender Fäzes.

Die vorletzte Defäkation war vor 4 Wochen, die letzte vor 5 Tagen als das Kind in die Klinik kam. Im Harne, der eiweißfrei war, fand man nur wenig Indol. Der Knabe war leicht zyanotisch. Im Blut waren keine methämoglobine und sulfhämoglobine Streifen zu sehen.

Per anum fand man einen großen Tumor, aus welchem durch Drücken von unten viel Flatus kamen. Deutlich fühlte der Untersuchende alsdann eine Duplikation der vorderen Rektalwand. Nachdem durch Druck 10 l Fäzes abgegangen waren, wurde die Atmung wieder frequent, schwand die Zyanose. Ein dicker Drain wurde ins Rektum gelegt, wodurch fortwährend große Quantitäten Fäzes kamen.

Am folgenden Tage Kollaps, möglicherweise war die schnelle Ent-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leerung die Ursache, worauf der Urin ein wenig Eiweiß, viel Urobilin, ziemlich viel Indol aufwies. Exitus.

Bei der Sektion ergab sich, daß sich beim Übergang der Flexur ins Rektum eine Duplikation fand. Das Kolon und die Flexur waren sehr ausgedehnt (46 cm).

Verff. glauben, daß dieser Fall von Megacolon congenitum verursacht wurde durch angeborene Anomalie des Klappenmechanismus.

Venner beschreibt einen Fall von Megacolon congenitum bei einem Mädchen von 15 Jahren. 7 Tage nach der Operation starb das Kind. Die Fistel funktionierte nur wenig und der teigige Darminhalt war die Ursache, daß die Heftungen nicht gehalten hatten. G. Ootmar.

G. Genersich, Mangelhafte Ernährung der Brustkinder. (Budapesti orvosi ujság. 1910. Nr. 41.) Die Ernährungsstörungen der Säuglinge werden nicht nur durch Hyperalimentation, sondern auch durch Hypalimentation hervorgerufen. Verf. beobachtet in Koloszvár, daß die Frauen nur ausnahmsweise dieser Aufgabe gewachsen sind, von der Schlossmann so schöne Erfolge aufzuweisen hat. Die ungarischen Frauen sind trotz der gebotenen Prämien nicht fähig, außer ihrem Säugling noch andere erfolgreich zu stillen. Darum empfiehlt er, im Rahmen des staatlichen Kinderschutzes solchen Frauen Säuglinge zu überantworten, die ihren eigenen Säugling in Bälde entwöhnen werden. Ernö Deutsch (Budapest).

S. Fritz, Fall von Megacolon congenitum. (Ebenda.) 8 Jahre alter Knabe hat nach Aussage seiner Mutter seit Geburt einen auffallend großen Bauch, leidet an Konstipation, bei auf künstlichem Wege provoziertem Stuhlgang Schmerzen, in letzterer Zeit wiederholt Erbrechen. Bauchumfang in Höhe des Nabels 72 cm, in der Höhe des Schwertfortsatzes 97 cm. Durch systematisch durchgeführte Darmwaschungen bessert sich der Zustand temporär, bis nach 6 Monaten plötzlich heftige Bauchschmerzen, starker Meteorismus, Erbrechen und schwache Herztätigkeit auftreten. Der ganze Dickdarm, der sich bei der Operation stark erweitert zeigt, wird entfernt. Am dritten Tag post operat. exitus. Sektion: Peritonitis fibrin. purulent. c. abscessu subhepatis post. Ernö Deutsch (Budapest).

Marius Lauritzen, Über die Behandlung des Diabetes mellitus bei Kindern. (Nordisk Tidsskrift for Terapi 1910. Bd. 8. Nr. 6.) Der Verf. hat 15 Mädchen, 12 Knaben an Diabetes behandelt, nur in 7 Fällen ließ Heredität sich nachweisen. Die Fälle wurden im wesentlichen nach dem Einteilungsprinzip von von Noorden in leichte, mittelschwere und schwere eingeteilt. Nach einer Beschreibung der Hauptpunkte der modernen Diabetestherapie, speziell auch der Haferbehandlung teilt er in tabellarischer Form seine Resultate mit und bespricht eingehend die spezielle Diabetestherapie bei Kindern. Bei Säuglingen ist der Verlauf gewöhnlich so schnell, daß keine Aussicht ist, die Prognose zu bessern, er hat bisher nur Milchdiät gebraucht. Bei größeren Kindern mit leichter diabetischer Glykosurie muß man sehr streng sein. Wenigstens zwei Wochen muß man eine Diät ohne Kohlehydrate mit mäßigem Eiweißinhalt

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchführen und gleichzeitig das Körpergewicht und die gewöhnlich schnell eintretende Ketonurie kontrollieren. Demnächst braucht er eine Diät mit Aleuronat- oder Glutinbrot, nicht mehr als 40—50 g Kohlehydrate enthaltend (z. B. 4 jähriges Kind von Gewicht 17 kg bekam: 50 g Braten oder Fisch oder Schinken, 25 g Bakon, 25 g Käse, zwei Eier, 200 g Gemüse oder zuckerarmes Obst, 50 g Butter, 125 ccm Rahm, 80 g Aleuronatbrot oder 100 g Glutinbrot = ca. 1300 Kalorien, d. h. 77 Kalorien pro Kilo). Es ist nützlich, jeden Monat einige Tage mit strenger Diät nach einem „Gemüsetag" einzuschieben (Diät des Gemüsetags: 400—600 g Gemüse, arm an Kohlehydraten, auf 3 Mahlzeiten verteilt, 2—4 Eier, 50—100 g Bakon, 1 Portion Fleischsuppe mit Gemüse, Tee, Kaffee ohne Rahm, Sodawasser). Wenn Zucker auftritt, kehrt man gleich zu der ganz strengen Diät zurück, die dann 3—4 Wochen angewandt werden muß. Wenn kein Zucker auftritt, muß man wenigstens zwei Jahre die obenangeführte Diät anwenden. Erst dann darf man eine kohlehydratreichere Nahrung versuchen, indem man sehr vorsichtig vorwärts geht und nur während Beobachtung in Spital oder Klinik. In den leichten Fällen ist dann eine Möglichkeit für Heilung vorhanden, die man nicht durch zu frühen Übergang zu gemischter Nahrung verscherzen darf. Auch wenn keine Glykosurie eintritt, rät der Verf. solche Patienten zur Revision alle 3 Monate in der Klinik aufzunehmen, nur in dieser Weise kann man sich Klarheit über die Assimilationsfähigkeit des Kindes verschaffen und die quantitative Zusammensetzung der Diät nach den durch genaue Untersuchung der Toleranz und der Neigung zu Ketonurie gewonnenen Erfahrungen regulieren. Anfangs der Kur ist Bettlage notwendig, speziell in den mittelschweren und schweren Fällen, eventuell empfiehlt er auch Massage anzuwenden; wenn die Glykosurie beseitigt ist, sind Spaziergänge zu empfehlen. In den mittelschweren Fällen wird auch bei starker Azidose Behandlung mit strenger Diät versucht, d. h. in Bettlage methodische Einschränkung der Eiweißstoffe und Kohlehydrate nebst gleichzeitiger Vermehrung der Fette. Für jede neue Einschränkung wird ein „Gemüsetag" eingeschoben. Haferdiät läßt sich auch gut anwenden. Die Prognose kann auf diese Weise auch für die mittelschweren Fälle quoad durationem vitae gebessert werden.

Die schweren Fälle müssen nach denselben Prinzipien geleitet werden, aber die Alkalibehandlung tritt hier mehr in den Vordergrund, speziell bei dem Übergang zu strenger Diät; wenn der Zucker nicht schwindet, empfiehlt sich die Anwendung eines „Hungertags", auch Haferkur läßt sich in den schweren Fällen in Verbindung mit einleitendem und abschließendem „Gemüsetag" versuchen, nur muß immer der Übergang zu strenger Diät langsam vor sich gehen.

Von den 27 Patienten leben noch 8, davon 3 seit 3 Jahren, bei den gestorbenen war die Lebensdauer einige Monate bis zu $2^3/_4$ Jahren. Zur Kenntnis der Ketonurie empfiehlt der Verf. eine von ihm und Andersen veröffentlichte (Hoppe-Seylers Zeitschr. f. phys. Chemie. 1910. Bd. 64. Heft 1) leicht anwendbare, klinische Methode, wodurch man durch Titration die Totalazidität und die Ammoniakmenge des Harns bestimmt; diese zwei Werte verlaufen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

parallel und geben eine gute Anweisung für die täglichen Schwankungen der Azidose.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

W. Kudisch, Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum (Kaposi). (Russk. Shourn. koshnych. i. veneritsch. bol. 1910. Nr. 9.) Diese ungemein seltene Erkrankung, die von den Autoren mit der Senilitas praecox in eine Reihe gestellt wird, ist durch eine gewisse familiäre Prädisposition gekennzeichnet. Die Eltern sind miteinander verwandt, es erkranken gewöhnlich mehrere Glieder derselben Familie; eine angeborene ungenügende Widerstandsfähigkeit der Haut gegen die chemisch wirksamen Lichtstrahlen spielt eine Rolle. Die Krankheit tritt gewöhnlich im ersten Lebensjahre auf, besonders häufig bei rachitischen Kindern. Gewöhnlich ist die Krankheit in den ersten Lebensjahren des Kindes mit malignen Tumoren (Karzinomen, Sarkomen) kombiniert, die zu Metastasen, Kachexie und zum Exitus führen können, falls sie nicht rechtzeitig exstirpiert werden. Die vom Autor beobachteten 2 Fälle betreffen 2 Kinder einer Familie. Eltern gesund, nahe verwandt. Das eine Kind ist 10 Jahre alt, 96 cm lang, wiegt etwa 18 kg, ist dem Aussehen nach nicht älter als 5 Jahr. Rachitis, konnte bis zu 5 Jahren nicht gehen. In diesem Alter erschienen sehr auffällige Sommersprossen. Bei der Aufnahme des Status fanden sich Pigmentflecken an der Stirn, den Wangen, dem Halse, den Händen, dem Rücken, den Knien und Sohlen von Punkt- und Hirsekorngröße. Die Flecken liegen dicht aneinander, prominieren nicht über das Niveau der Haut; nur einzelne sind knotenförmg. Wo diese Knötchen resorbiert sind, findet man Vertiefungen der Haut. Am Nasenrücken und dem rechten Nasenflügel eine glatte, flache Narbe, die nach der Entfernung eines karzinomartigen Tumors nachgeblieben ist. Die Farbe der Pigmentflecken ist rostbraun, stellenweise schwarz. Die Haut der Stirn und Wangen ist trocken, runzlig, blaß; auf der Haut der Nase sieht man Gefäßverzweigungen. Die Lider sind leicht ektropioniert; die Haut der Wangen ist atrophisch; an der Oberlippe und am Mundwinkel sieht man Rhagaden. Auf der Schleimhaut der Oberlippe ist ein kleiner Knoten von Erbsengröße (vielleicht ein beginnendes Kankroid) zu sehen. Innere Organe ohne Veränderung; Genu varum sinistr. Beim anderen, $1^1/_2$ Jahre alten, schwach entwickelten und rachitischen Kinde ist die Haut trocken, leicht runzelig und mit schwarzgrauen, stecknadelkopf- bis erbsengroßen Pigmentflecken bedeckt. Hals und Extremitäten sind frei von Flecken. Die Krankheit dauert etwa $^1/_2$ Jahr und hat beim älteren Kinde ebenso begonnen.

Die Krankheit ist eine ungemein chronische, führt allmählich zur Kachexie und kann therapeutisch nicht beeinflußt werden. Sowohl medikamentös durch Arsen, Thyreoidin, Kalomel, Jodpräparate als auch durch Lichtbehandlung werden keinerlei Erfolge erzielt.

S. Rubinstein (Riga).

M. Bihler, Ftoroformwasser bei Keuchhusten. (Medycyna i Kronik. lekarsk. 4. Juni 1910. — Wratsch. Gaseta. 1910. Nr. 40.) An der Hand von 232 Fällen, Kinder von unter 1 Jahr bis zu 16 Jahren betreffend, empfiehlt Autor das Mittel sehr dringend. Komplikationen wurden nur bei 8%, der Exitus bei 1,6% der Fälle beobachtet.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Mittel — empfohlen wird das französische Präparat — ist geruch- und geschmacklos, soll in dunkler Flasche uud an kaltem Ort aufbewahrt und in Zuckerwasser, Milch oder dergleichen verabreicht werden. Dosis: Kindern unter 1 Jahr 3 mal täglich 10—15 Tropfen, 2—3 jährigen 15—20 Tropfen usw., außerdem noch 5—10 Tropfen nach jedem Hustenanfall. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

S. Rubinstein (Riga).

D. Dorofejeff, Über 18 Radikaloperationen angeborener Inguinalhernien im Säuglingsalter. (Nowoje u. Medizin. 1910. Nrr. 6 u. 8.) Der heutige Stand der Wissenschaft faßt unter dem Begriff Hernia inguinalis congenita zweierlei pathologische Veränderungen in der Inguinalgegend zusammen, die mit Störungen im Descensus testiculi verbunden sind.

Die eine Art der pathologischen Abweichung ist dadurch charakterisiert, daß der Hoden noch während des Intrauterinlebens, auf seinem Wege zum Skrotum durch irgendwelche Prozesse entzündlicher Natur sich mit dem Mesenterium, Darmschlingen oder andern beweglichen Organen verlötet. Nach der Geburt oder in den ersten Lebenswochen, wo normalerweise der Hoden schon im Skrotum liegt, haben wir hier den Hoden und das mit ihm verwachsene Organ im Inguinalkanal; es handelt sich um die reine Form der angeborenen Leistenhernie. Dahin gehören auch die ein- oder doppelseitigen Inguinalhernien bei Mädchen.

In einer zweiten Reihe von Fällen erreicht der Hoden ungestört das Skrotum. Allein es treten Störungen in der Obliteration des Proc. vaginalis ein, und wenn dieser bei der Geburt der Kinder offen bleibt, so haben wir einen präformierten Bruchsack vor uns, in dem beim ersten Schrei des Kindes Teile des Abdominalinnern hineingetrieben werden können.

Auf Grund seines 18 Fälle umfassenden, durch ausführliche Krankengeschichten belegten Materials, das aus 16 Knaben und 2 Mädchen im Alter zwischen 4 Monaten und 1 Jahr und 7 Monaten besteht, die alle radikal (zum Teil nach Borsioe) mit einer Mortalität von 0% operiert wurden, gelangt der Autor zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Zweifellos angeboren sind nur jene irreponiblen Hernien, bei denen die Operation einen Bruchinhalt aufdeckt, der innerhalb des Proc. vaginalis mit einem physiologisch dort befindlichen Organ verwachsen ist. Diese Form wäre als Hernia vaginalis congenita zu bezeichnen.

2. Freie Hernien im frühen Kindesalter, die man bei völligem oder partiellem Offenbleiben des Proc. vaginalis findet, können gemischten Ursprungs sein. Der Proc. vaginalis stellt nur den angeborenen Weg dar, den unter günstigen Umständen die inneren Abdominalorgane benutzen, um in das Skrotum hinabzutreten. Diese Form wäre als Hernia vaginalis acquisita zu bezeichnen.

3. Die Radikaloperation der Inguinalhernien im Säuglingsalter ist sowohl technisch wie prognostisch sehr günstig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Im Säuglinglingsalter prävalieren die Hernia vaginalis congenita et acquisita. Keine Formen von akquirierten Hernien mit einem selbständigen peritonealen Bruchsack werden nur in einem Viertel aller Fälle beobachtet.

5. Die Diagnose, um welche Form der Hernie es sich handelt, ist nur während der Operation möglich. S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 27. Oktober 1910.

Kyrle spricht über **Entwicklungsstörungen der männlichen Keimdrüse im Jugendalter.** Bei systematischer Untersuchung kindlicher Hoden ergab sich die überraschende Tatsache, daß unter 110 Kindern, deren Lebensalter sich von Geburt bis zum 18. Jahre erstreckt, 86 hochgradig unterentwickelte Testikel besaßen. Auch die restlichen 24 Kinder hatten nicht alle normale Hoden. Aber der Grad der Entwicklungshemmung war kein so bedeutender. Im ganzen waren nur 10 Testikel ganz normal (es waren meist Kinder, die an den Folgen irgendwelcher Unglücksfälle verstorben waren).

Der normale Hoden zeigt einen ganz bestimmten Typus der Kanälchenlagerung. Sie sind reichlich und dicht angeordnet. Bei den unterentwickelten Testikeln sieht man hingegen das interstitielle Gewebe an Masse überwiegen. K. betont, daß diese von ihm nachgewiesene Entwicklungsstörung ein angeborener Zustand sein müsse, da ein großer Teil der untersuchten Fälle in das Säuglingsalter fällt. (Von 39 Kindern des ersten Lebensjahres zeigten 29 unterentwickelte Hoden.) Spätere Schädigungen können höchstens die Intensität der Unterentwicklung vermehren. Wenn man die Frage erörtert, was diese Entwicklungsanomalie für das Individuum bedeutet, so wird man wohl mit Recht annehmen, daß, bei der hohen Bedeutung der Geschlechtsdrüsen für den ganzen Organismus, solche Individuen mit Entwicklungsstörung des Hodens auch bezüglich ihres gesamten Organismus minderwertig sind. Solche minderwertige Individuen werden nun gelegentlich vorkommenden Schädigungen eher erliegen als vollwertige, normal ausgebildete. Vielleicht wird dadurch eine Art von Selektion getroffen, durch welche minderwertige Individuen möglichst früh ausgeschaltet werden.

Tandler bestätigt auf Grund eigener Untersuchungen die Befunde K.s und faßt dieselben ebenfalls als angeborene Entwicklungsstörung auf, da er ebensolche Entwicklungshemmungen auch bei Hoden von Embryonen nachweisen konnte.

Bartel hat bezüglich der weiblichen Keimdrüsen ähnliche Befunde von Unterentwicklung erheben können.

Neurath lenkt die Aufmerksamkeit darauf, daß das primäre Moment der Unterentwicklung der Keimdrüse nicht in dieser selbst, sondern auch in anderen Drüsen gelegen sein kann.

Foges erinnert an die Ergebnisse seiner Transplantationsversuche an Hühnern. Nach unvollständiger Kastration entsteht eine Zwischenstufe zwischen Hahn und Kapaun. Kinder mit auffallend kleinen Hoden zeigen gewöhnlich Adipositas, während die Kinder mit gut entwickelten Keimdrüsen meist mager sind.

Weichselbaum regt ausgedehnte Untersuchungen darüber an, inwiefern Lues, Tuberkulose und Alkoholismus der Eltern für diese Unterentwicklung der Keimdrüsen verantwortlich sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf eine Anfrage Escherichs über die Größenverhältnisse normaler Hoden erwidert K., daß der Testikel eines 10jährigen Knaben kleinpflaumengroß, der eines Neugeborenen etwas über bohnengroß ist. Der Nebenhoden behält stets seine normale Größe. Die Frage, ob unentwickelte Hoden nicht später normal werden können, beantwortet K. ablehnend.

Sitzung vom 10. November 1910.

Hochsinger demonstriert ein 13 Monate altes Kind mit **mongoloider Idiotie.** Neben den typischen Zeichen der Erkrankung fällt eine starke Verkürzung der Gliedmaßen um 4—5 cm auf, besonders die Oberarme und Oberschenkel sind an der Verkürzung beteiligt. Die Hand zeigt den Typus der Mikromelie („Dreizackhand".)

v. Reuss zeigt ein 5½jähriges Mädchen, das unter den Erscheinungen einer schweren fieberhaften diffusen Bronchitis erkrankt war, immer mehr dyspnoisch und zyanotisch wurde, so daß der Verdacht auf Miliartuberkulose vorlag. Im Spitale aufgenommen hustete Patientin wiederholt unter vorangehender, fast bis zur Erstickung sich steigernder Dyspnoe Fibringerinnsel aus, die einen schönen Abguß der Bronchialverzweigung darstellten. Damit war die Diagnose **Bronchitis fibrinosa** gegeben. Die Erkrankung ist im Kindesalter selten, es sind ungefähr 30 Fälle beschrieben. Ätiologie unbekannt. Prognose gewöhnlich infaust. Vorliegender Fall verlief günstig (Dauer ca. 4 Wochen).

Galatti demonstriert einen 12 Tage alten Säugling, der einen scharf abgegrenzten, dreieckigen, 2½ cm langen **Substanzverlust am Scheitelbein** aufweist. Dieser Substanzverlust war bei der Geburt etwas größer und sukkulenter. Die Verletzung ist durch Abreißen amniotischer Fäden entstanden.

Friedjung hält einen Vortrag über **Pathologie des einzigen Kindes.** Die Erfahrung lehrt, daß man in der Praxis besondere Schwierigkeiten mit den sogenannten Lieblingskindern hat. Sie erkranken oft mit unklaren, schwer zu deutenden Symptomen, bekannte Erkrankungen verlaufen wirklich oder scheinbar atypisch. Um die Frage näher zu studieren, hat F. Untersuchungen bei „einzigen Kindern" vorgenommen (100 Fälle, 45 Knaben, 55 Mädchen im Alter von 2—10 Jahren). Von diesen waren 13 gesund, 69 leicht und 18 ziemlich schwer neuropathisch. Unter 100 Sprossen mehrkindiger Familien waren 69 gesund und 31 neuropathisch. Die Neurose zeigte Züge der Neurasthenie und Hysterie. An Symptomen waren am häufigsten Ängstlichkeit, gestörter Schlaf (auch Pavor nocturnus), Unterernährung infolge hartnäckiger Anorexie, oft bestand daneben habituelles Erbrechen. Auch bei der Defäkation bestanden häufig abnorme Erscheinungen (Obstipation, rezidivierende Dickdarmkatarrhe). Weitere Beschwerden waren Enuresis und Drang zum Urinieren. Von interkurrenten Erkrankungen machte besonders Pertussis schwere Symptome.

Schuld an diesen nervösen Störungen ist die übergroße Zärtlichkeit der Eltern. Die Wege der Symptombildung müssen erst erforscht werden. F. zieht die Freudsche Theorie in den Bereich der Überlegung. B. Schick (Wien).

Pädiatrische Sektion der polnischen Gesellschaft der Ärzte

in Lodz.

Sitzung vom 12. Januar 1910.

A. Tomaszewski referiert: **Über die Entstehung der Skoliose im Kindesalter** (wird publiziert).

Schöneich glaubt, die Meinung, das Sitzen in der Schule rufe eine Lordose hervor, sei unbegründet. Zum Entstehen des Leidens ist eine besondere Anlage nötig. Die Lordose wird schon bei Kindern des ersten Schuljahres getroffen. Der Redner hat in dem Gymnasium, wo er Schularzt ist, bei 13% aller Schüler eine Lordose festgestellt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Perlis ist auch der Meinung, es handele sich mehr um eine hereditäre Anlage als um die Wirkung der Schule. Heitz z. B. berichtet aus Neu-Zeeland, es soll da die Skoliose ebenso selten wie die Rachitis vorkommen. Was die Behandlung der Skoliose anbetrifft, so hat der Redner keine Erfolge von der Kriechmethode nach Klapp gesehen. Dagegen scheint die Behandlung mit heißer Luft viel günstiger das Leiden zu beeinflussen.

Lipszyc glaubt, die künstliche Ernährung und der dadurch entstandene mangelhafte Turgor der Muskelgewebszellen spiele eine wichtige, bisher noch wenig in der Ätiologie der Skoliose beachtete Rolle.

Brudziński bespricht den Einfluß der Skoliose auf die Häufigkeit der Tuberkulose.

Sitzung vom 26. Januar 1910.

W. Jasiński demonstriert einen 5 jährigen **Mongoloiden.** Der Patient entbehrt vollständig einer geistigen Entwicklung, weist außerdem agile Idiotie, gut entwickeltes musikalisches Gehör und Vorliebe für Musik auf.

A. Tomaszewski demonstriert einen Fall von **Ruptura urethrae** beim $1^1/_2$ jähr. Knaben. Der Patient wurde wegen geschwollenen Gliedes und Hodens und wegen Unmöglichkeit der Harnabgabe in die Abteilung aufgenommen. Der Katheter ließ sich erst nach einer vorhergegangenen Zirkumzision einführen, wobei viel trüber Harn entleert wurde. Die Hodenschwellung ging darauf doch nicht zurück. Es wurde eine Probepunktion mit darauffolgender Inzision gemacht, wobei eine größere, mit Harn gefüllte und mit der Urethra kommunizierende Höhle entdeckt wurde. In deren Tiefe fand man einen Stein, der die Ruptur verursacht hat. Die Blase war frei von Steinbildungen.

Brudziński referiert über:

a) 3 Fälle von **Diphtherie**, bei denen gleichzeitig eine Dämpfung links an der Skapularecke auftrat. B. glaubt, es handele sich um eine durch die per continuitatem aufgesaugten Toxine hervorgerufene Pneumonie.

b) Einen Fall von **Cirrhosis biliaris**, die unter den Symptomen einer schweren Gelbsucht verlief. Die Richtigkeit der Diagnose wird durch die mikroskopischen Präparate bestätigt.

Frau H. Rosenblatt berichtet über die **Resultate der Tuberkulinbehandlung** in 4 Fällen (Alt-Tuberkulin Koch 0,001—0,01 mg). Es wurde speziell achtgegeben, Temperatursteigerungen zu vermeiden. In 3 Fällen mußte man die Behandlung wegen eminenter Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes unterlassen, im vierten Falle stellte man eine deutliche Besserung fest, ob die aber auf die Tuberkulinbehandlung zurückzuführen sei, steht frei.

A. Tomaszewski demonstriert stereoskopische Bilder des **Augapfelsarkoms** bei 2 Kindern.

W. Jasiński demonstriert anatomische Präparate einer Meningitis tuberculosa, die einen äußerst stürmischen und kurzen Verlauf hatte.

M. Michalowicz (Warschau).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

82. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte

in Königsberg.

Abteilung für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

5. Sitzung, Dienstag den 20. September 1910.

Vorsitzende: v. Pirquet (Breslau) und Combe (Lausanne).

Hochsinger (Wien): **Über Ernährungsneurosen im frühen Kindesalter und nervöse Kauunfähigkeit der Kinder.** H. bespricht eine zwar bekannte, aber in ihrem Wesen bisher noch nicht analysierte Form von Ernährungsneurose des Kindesalters, welche bei neuropathisch belasteten Kindern vorkommt, immer in das erste Lebensjahr zurückreicht und auf der psychogenen Fixierung in frühen Lebensperioden zustande gekommener Unlustaffekte beruht. Diese Unlustaffekte sind durch eine fehlerhafte Ernährungstechnik im Säuglingsalter oder während der Entwöhnungsperiode provoziert. (Überfütterung und Aufzwingung der Nahrung.) Die so zustande gekommene Ernährungsneurose unterscheidet sich von anderen Ernährungsstörungen durch frühzeitiges Auftreten von Nahrungsverweigerung (nervöse Anorexie), von Abwehrreaktionen bei der Nahrungszufuhr, rückständige Entwicklung der Kaufähigkeit und habituelles Erbrechen vor, während oder nach der Nahrungsaufnahme. Besonders charakteristisch ist das sich im 2. und 3. Lebensjahre entwickelnde Symptom der Kauunfähigkeit oder Kaufaulheit. Dieses Symptom kommt dadurch zustande, daß gerade in jener Lebensperiode, welche der Entwicklung der Kautätigkeit gewidmet ist, infolge fehlerhafter Ernährungstechnik nervöser Mütter und Kinderpflegerinnen andauernde Unlustaffekte bei der Ernährung entstehen, welche ein psychisches Trauma beim Kinde setzen. Durch dieses wird die Ausbildung des sehr komplizierten Koordinationsmechanismus der Kautätigkeit im Gehirn zurückgedrängt, während die Unlustaffekte fixiert werden und zu Abwehrreaktionen mit dauernder Anorexie führen. Die Neurose bedingt eine fortschreitende Unterernährung (Dystrophia neurotica), häufige dyspeptische Störungen und Übererregbarkeit der gesamten Nervensphäre. Die meisten Kinder zeigen das Chvostekssche Fazialisphänomen. Auf solche Weise nervös gewordene Kinder können mitunter sogar im schulpflichtigen Alter noch nicht kauen und sohin keine feste Nahrung zu sich nehmen. Diese Art nervöser Kinder ist sehr schwer zu heilen. Auch die Kaufähigkeit ist selbst bei aufmerksamer Behandlung nur langsam zu erzielen. Entfernung aus dem nervösen Milieu, Nahrungszufuhr nur bei Eßlust und richtiger pädagogischer Einfluß können Heilung bringen. Die meisten dieser Kinder aber bleiben für alle Zeiten nervöse, zu Verdauungsstörungen disponierte Menschen. Die Verhütung dieser Kinderneurose ist leichter als ihre Beseitigung. Rigorose Einhaltung großer Nahrungspausen vom ersten Lebenstage angefangen, besonders bei Kindern nervöser Eltern (nur 5 Mahlzeiten des Säuglings in 24 Stunden. — Czerny, Finkelstein) und Nahrungszufuhr während der Entwöhnungsperiode nur wenn Nahrungsbedürfnis vorhanden ist, schützen vor der Entwicklung dieser Nutritionsneurose, welche immer nur in begüterten Kreisen bei Kindern hysterischer Mütter und in einem schwer nervösen Milieu zur Entwicklung gelangt.

Diskussion: Zappert (Wien), dem das geschilderte Krankheitsbild ebenfalls sehr wohl bekannt ist, zieht in Erwägung, ob nicht mangelhafter Speichelabsonderung, die bei Neuropathen gar nicht selten festzustellen ist, auch eine gewisse Rolle zukommt, da sich die im Munde umhergewälzten Speisen oft durch auffallende Trockenheit auszeichnen.

Schick (Wien) und Karasawa (Tokio): **Über Diphtherieimmunität.** Subkutan eingeführtes Diphtherieheilserum wird langsam resorbiert. Das Maximum der Resorption wird erst am 3. und 4. Tage nach der Injektion erreicht. Seine absolute Höhe schwankt individuell. Vom Maximum erfolgt zunächst rascher Abfall, so daß der Antitoxingehalt des Serums am 5.—6. Tage gleich ist dem 24 Stunden p. inj. Dann sinkt der Antitoxingehalt, um in der Zeit zwischen 29. und 36. Tag den Nullpunkt zu erreichen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei einem an Diphtherie erkrankten Kinde kann es trotz Serumbehandlung zur aktiven Bildung von Antitoxin in reichlicher Menge kommen.

Auch an leichter Diphtherie erkrankte Kinder besitzen keinen Schutzkörper im Serum. Dieser Umstand disponiert sie eben zur Diphtherie (Wassermann). Im übrigen ist der Schutzkörpergehalt normaler Individuen meist nur Funktion des Alters oder eine individuelle Eigentümlichkeit. Das aktiv gebildete Antitoxin verschwindet schon im 2. Jahre nach Beginn der Erkrankung.

Die erste Erkrankung ist manchmal imstande, eine Umstimmung des Organismus in dem Sinne herbeizuführen, daß bei wiederholter Erkrankung das Antitoxin rascher und reichlicher gebildet wird, als das erste Mal. Dies bedingt dann leichte Erkrankung. Es gibt demnach neben der humoralen, antitoxischen Immunität auch eine zelluläre Diphtherieimmunität im Sinne der beschleunigten Reaktion (Allergie).

Gemeinschaftliche Sitzung mit der Sektion für Hygiene und Bakteriologie am 19. September, nachmittags.

Vorsitzende: Prausnitz (Graz) und Hochsinger (Wien).

Petruschky (Danzig): **Weitere Beobachtungen zur Frage der Bedeutung der Streptokokken in der Milch.** Die Hauptquelle der Milchstreptokokken ist die Mastitis der Kühe. Diese überwuchern bei Temperaturen über 20° alle anderen Bakterien und sind schließlich in 90—99% zugegen. Infektiöse Eigenschaften der Streptokokken werden zwar durch das übliche Abkochen ausgeschaltet, hingegen bleiben die Endotoxine bei basischer oder amphoterer Reaktion wirksam. Die Sommerdiarrhöe der Säuglinge ist kein Infektions- sondern ein Intoxikationsprozeß, an dem sich die Streptokokken in hervorragendem Grade beteiligen.

Puppel (Königsberg): **Über Streptokokken in der Milch.** Um die Frage nach der Pathogenität der Milchstreptokokken und nach ihrem ursächlichen Zusammenhang mit der Streptokokkenenteritis zu lösen, wurde eine große Anzahl Milchstreptokokken, Mastitisstreptokokken und Darmstreptokokken von gesunden und an Durchfall erkrankten Säuglingen außer auf den üblichen Nährboden, auch auf ihre hämolytische Fähigkeit (Menschenblutagar), auf ihre Tierpathogenität und Virulenz geprüft. Es ergab sich, daß alle diese Kokken entgegen den pyogenen Menschenstreptokokken vollkommen avirulent, also nicht als Ursache der Sommerdiarrhöe aufzufassen sind. Indes ist die Möglichkeit einer durch andere Umstände bedingten Virulenzsteigerung der sonst saprophytisch in jedem Darm vorkommenden Streptokokken zuzugeben.

Diskussion: Kruse (Königsberg) erbringt weitere Beweise für die Harmlosigkeit der Milchstreptokokken und für die Unschädlichkeit der Milch mastitiskranker Kühe; Langstein (Berlin) präzisiert den Standpunkt der modernen Kinderärzte, der sich schon seit ziemlich geraumer Zeit auf einem anderen Boden befindet, als auf jenem der Milchstreptokokken.

Petruschky berichtet über die peinlichen Folgen eines Selbstversuches mit Streptokokkentoxin.

Petruschky (Danzig): **Richtlinien zur Bekämpfung der Sommersterblichkeit der Säuglinge.** Ursachen der Sommersterblichkeit: 1. Wärmestauung des Säuglings. 2. Bakterienvermehrung in der Kuhmilch. Bekämpfung: Förderung der natürlichen Ernährung. Verschärfte Milchkontrolle. Ausschaltung von Kokkenkühen. Die Herstellung unzersetzlicher Milchkonserven ist zu fördern. „Stabile" Milchkonserven sind weit ungefährlicher als „labile".

Seiffert (Leipzig): **Über Uviolmilch.** Wesentliche Verbesserungen in der Technik ihrer Herstellung.

Gemeinschaftliche Sitzung mit der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie am 21. September, nachmittags.

Vorsitzende: Selter (Solingen), Grouven (Halle).

Schkarin und Michailoff (St. Petersburg): **Die Anwendung der Wassermannschen Reaktion im Kindesalter.** Große Verläßlichkeit der positiven Reaktion.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei Scharlach (10 Fälle) durchwegs negativ. Bei „klinisch Gesunden" ca. 11% positiv. Dabei auffallend oft Vergrößerung der Kubitaldrüsen.

Galewsky (Dresden): **Therapie des Säuglingsekzems.** Neben sorgfältiger lokaler stets innere, diabetische Behandlung. Reduktion der Nährstoffzufuhr. Möglichste Einschränkung der Milchnahrung. Dafür Kohlehydrate, Fruchtsäfte, Obst, Gemüse. In Fällen, wo dies versagt, Versuch mit Finkelsteinsuppe. G. steht ganz auf dem Standpunkt der Diathesenlehre.

III. Neue Bücher.

F. Lange und H. Spitzy. **Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter.** Leipzig 1910, F. C. Vogel. Preis: Mk. 20.

Das stattliche Buch ist der V. Band (1. Ergänzungsband) des Pfaundler-Schlossmannschen „Handbuches der Kinderheilkunde". Wie dieses vor allem den Zwecken des praktischen Arztes dienen soll, so streben auch die Autoren dieses Bandes nur diesem Ziele zu. Und der Praktiker muß ihnen für dieses Werk sehr dankbar sein, zumal seitdem Karewski 1894 seine „Chirurgische Krankheiten des Kindesalters" publizierte, dieses Gebiet von einem deutschen Autor keine Bearbeitung mehr erfuhr. Die 21 Tafeln und 221 Textfiguren, welche wir in dem Buche von Lange und Spitzy finden, müssen als höchst gelungen und in hohem Maße instruktiv bezeichnet werden, und von dem Text kann man das Gleiche sagen; Kürze, Präzision und Klarheit, nur Hervorhebung des wirklich für den Praktiker Notwendigen, vorzügliche Einteilung des Stoffes, das sind die Charakteristika desselben. Das Werk wird bald zu denen gehören, welche in jeder Arztbibliothek zu finden sind. Grätzer.

A. Würtz. **Säuglingsschutz durch Staat, Gemeinden und Private.** Stuttgart 1910, F. Enke. Preis: Mk. 3.

Das Buch verdankt seine Entstehung einem Preisausschreiben für die Lameg-Stiftung der Straßburger Universität. Gewünscht wurde eine Zusammenstellung und kritische Besprechung dessen, was in neuerer Zeit in den Ländern deutschen Sprachgebietes zum Zweck der Verminderung der Kindersterblichkeit getan worden ist. W. hat sich dieser Aufgabe mit großem Fleiß unterzogen und sie glänzend gelöst. Mit Recht geht er vor der Besprechung der speziellen Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf die allgemeinen Einflüsse näher ein, die auf die öffentliche Gesundheit und damit vor allem auch auf die der Säuglinge einwirken. Die einzelnen Maßregeln zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit selbst werden in klarer Weise geschildert und in den letzten Kapiteln betont, was durch Aufklärung, Belehrung und Organisation für die Säuglingsfürsorge geschehen kann und geschehen muß. Das Buch verdient weite Verbreitung. Grätzer.

E. Portner. **Therapeutisches Taschenbuch der Harnkrankheiten.** Berlin 1910, H. Kornfeld. Preis: Mk. 5.

Das Buch gehört zu „Fischers Therapeutischen Taschenbüchern", deren VIII. Band es bildet. Diese haben sich zum Ziel gesetzt, den Praktiker über die gebräuchlichsten therapeutischen Methoden der einzelnen Gebiete zu orientieren. P. hat mit großem Geschick diese Aufgabe gelöst, und sein Buch wird sicher schätzenswerte Dienste leisten. Ein besonderes Kapitel ist den „Erkrankungen der Harnorgane beim Kinde" gewidmet, und auch hier ist auf wenigen Seiten alles zusammengestellt, was in dieses Gebiet gehört. Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Monats-Chronik.

Auf Initiative Prof. Feers hat sich die Gesellschaft für Kinderheilkunde bei ihrer Tagung anläßlich der Naturforscherversammlung in Salzburg (1909) mit der der Bedeutung dieses Faches nicht mehr entsprechenden Stellung, welche die Kinderheilkunde im Universitätslehrplan einnimmt, beschäftigt. Es wurden von Feer Leitsätze aufgestellt, die dem Vorstande mit dem Auftrag überwiesen wurden, für die Versammlung in Königsberg (1910) bestimmte Vorschläge zu einer Petition an den Reichskanzler bzw. an die Bundesregierungen vorzuschlagen. Dies ist geschehen; die in Königsberg einmütig angenommenen Leitsätze wurden vor einigen Tagen den zuständigen Stellen der deutschen Bundesstaaten in einer Petition übergeben. Die Leitsätze lauten:

I. Es ist dringend notwendig, daß jede Universität eine Kinderklinik mit moderner Säuglingsabteilung (mindestens 16 Betten und einige Ammen), desgleichen eine vom Dienst für Erwachsene getrennte Kinderpoliklinik (Ambulanz) besitzt. Diese Institute sollen unter der Leitung eines etatsmäßigen besonderen Professors stehen, der, Pädiater von Fach, in Angelegenheiten des Faches von der Fakultät zu hören ist.

II. Für den Besuch der Kinderklinik bzw. Poliklinik, an der sich der Studierende nach der Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901, § 25, als Praktikant beteiligen muß, erscheinen zwei Stunden und nur ein Semester nicht genügend.

III. Die Wichtigkeit der Kinderheilkunde in der Praxis macht eine obligatorische Prüfung über dieses Fach im Staatsexamen erforderlich, die durch den etatsmäßigen Fachprofessor zu erfolgen hat und eine mit der Prüfung für innere Medizin gleiche Bewertung findet.

Auf Veranlassung des preußischen Kultusministers ist den Kreisschulinspektoren ein Erlaß zugegangen, durch den diese beauftragt werden, das Interesse der Lehrerschaft für die Bekämpfung der Zahnkrankheiten in den Schulen zu beleben. Es heißt in dem Erlaß: „Neben der Belehrung und Aufklärung, in erster Linie der Jugend, weiterhin der gesamten Bevölkerung über die Bedeutung einer rationellen Zahnpflege wird da, wo geeignete Kräfte vorhanden sind und die erforderlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden können, zur rechtzeitigen Beobachtung und Bekämpfung des Übels die regelmäßige Untersuchung und Behandlung zahnkranker Kinder in die Wege zu leiten sein. Wir ersuchen Sie, durch Benehmen mit den Herren Landräten, den städtischen Vertretungen, den Herren Kreis- und Schulärzten und anderen interessierten Kreisen auch nach dieser Richtung hin die Angelegenheit in Fluß zu bringen. Es würde als eine wesentliche Förderung des Volkswohls zu begrüßen sein, wenn bei gegebener Möglichkeit wenigstens die allgemeine unentgeltliche Untersuchung der Schüler eingeführt werden möchte.“ (Münchner med. Wochenschrift.)

Berlin. Durch Ministerialerlaß vom 7. Dezember v. J. werden mit Rücksicht auf das epidemische Auftreten der spinalen Kinderlähmung in Berlin und Umgebung die im Seuchengesetz vorgesehenen Maßregeln für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin auf diese Krankheit ausgedehnt.

München. Unser geschätzter Mitarbeiter, Priv.-Doz. Dr. Hecker, ist zum a. o. Prof. ernannt, ebenso Priv.-Doz. Dr. Trumpp.

Straßburg. Priv.-Doz. Dr. Schlesinger hat den Titel „Professor“ erhalten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

Flüssige Somatose

Süss! Herb!

Gebrauchsfertige schmackhafte Lösung der Somatose.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Soeben erschien:

700 diagnostisch-therapeutische Ratschläge für die chirurgische Praxis

von

W. M. Brickner, E. Moschcowitz und **H. M. Hays.**

Deutsche Übersetzung nach der 3. amerikanischen Auflage
von **Dr. Ernst Schümann.**

IV, 150 Seiten. 1910. Geb. M. 4.—

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

H. O. Opel's

Kinder-Nähr-Zwieback.

Kalkphosphathaltiges Nährmittel.

Z. = R. No. 6922. K. P. = A

Wissenschaftlich geprüft und empfohlen von Autoritäten der Kinderheilkunde.

Durch zweckmässige Bereitung und Zusammensetzung ist damit ein rationelles Gebäck hergestellt, welches allen Anforderungen des gegenwärtigen wissenschaftlichen Standpunktes und der praktischen Erfahrung entspricht und durch seinen physiologischen Nährwert andere Nährmittel übertrifft, wie durch zahlreiche Wägungen und Beobachtungen festgestellt ist. Der Nährzwieback bessert die Ernährung, vermehrt die Körperzunahme und stärkt die Knochen des normalen Kindes. **Rhachitis und Dispositionen zu Knochenerkrankungen erfahren bei längerem Gebrauch Besserung und Stillstand.** Vor den Folgen, welche durch unzweckmässige, unzureichende oder fehlerhafte Nahrung entstehen, insbesondere **Drüsen, Skrophulose,** bleibt das Kind mehr als durch jedes andere Gebäck geschützt. Der Nährzwieback ist eines der billigsten Kindernährmittel, zumal im Hinblick auf seinen relativen Nährwert.

à Pfund 1,25, von 3 Pfund ab franko Nachnahme.

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

Nur das Kindernährmittel hat Wert und verdient Empfehlung, welches durch Jahre lang exakt kontrollierte Versuche, Wägungen und Beobachtungen von Autoritäten der Kinderheilkunde in Praxis und klinischen Anstalten erprobt ist und dann empfohlen wird.

„Tussiculin" Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich."

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blutbildendes Kräftigungs- und Nährmittel!

Nettelbeck's Braunschweiger MUMME

Ältestes Malzpräparat — alkoholfreier flüssiger Malzextrakt.

Ein hervorragendes diätisches **Nähr- und Stärkungsmittel** für alle Leidenden, besonders für **blutarme** schwächliche Personen und **Kinder vom Säuglingsalter** an. **Wöchnerinnen** gibt die Mumme reiche Nahrung.
49,02% Maltose, 3,69% Eiweißstoff, 0,50% Phosphorsäure.

Wird wegen des angenehmen würzigen Malzgeschmackes sehr gern genommen und ist sehr bekömmlich. Unentbehrlich in der Kinderpraxis in allen Fällen, in denen keine natürliche Ernährung stattfindet.

Den Herren Ärzten Prospekte und Proben gratis und franko.

Man verlange stets Marke
H. C. F.

Braunschweiger Mumme-Brauerei
H. C. F. Nettelbeck, Ges. m. b. H.
Braunschweig, Beckenwerker Str. 26.

Kathreiners Malzkaffee

enthält kein Koffein, ist auch frei von anderen Reizstoffen und ausserordentlich billig

D. R. W. Z. 128247

Pnigodin

D. R. W. Z. 128247

Hervorragendes Mittel gegen KEUCHHUSTEN mit gänzlich neuem Heilstoff! — Auffallend schnelle Heilerfolge.

Bestandteile: Cinnamom. Ceylan. Pnigodin (Glycosid). Sambuc. nigr. Malt. Hord. (sterilisiert), frei von Mitteln der Tab. B. u. C.).

Zahlreiche Anerkennungen.

Versuchsquanten den Herren Ärzten gratis durch die

Pnigodin G. m. b. H., Charlottenburg P. A. 5.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bioferrin

Haemoglobin-Eiweisspräparat.

Vorzüglich wirksam bei allen auf Anämie beruhenden Krankheitszuständen. Die Darstellung erfolgt nach wissenschaftlichen Grundsätzen. Bioferrin besitzt den **Maximalgehalt der wirksamen Katalase sowie alle wertvollen Bestandteile des arteriellen Blutes in unveränderter Form** und ist **frei von pathogenen Bakterien**, gewährleistet durch stetige bakteriologische Prüfungen. Wohlschmeckend, appetitanregend, leicht verdaulich.

— Preis per Original-Flasche M. 2.40. —

Bismutose

Vollkommen ungiftige Wismuteiweissverbindung.

Ausgezeichnetes **Adstringens** bei Magen-Darmerkrankungen infektiösen bezw. diarrhöeischen Charakters, Brechdurchfall der Kinder.

Reizmilderndes **Protektivum** bei geschwürigen und Reizprozessen des Verdauungstraktus.

Dosis: für Kinder stündl. 1—2 gr } in Schüttelmixtur
„ Erwachsene „ 3—5 „ } oder in Reisschleim

Ausführliche Literatur durch: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich.**

Pertussin

Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.
Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke,
E. Taeschner,
Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Dr. Walther Koch's „PRÄVALIDIN"

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung
:: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29 100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik
in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aristochin

vollkommen geschmackfreies Chininderivat,

frei von den Nebenerscheinungen der Chininsalze. Von größtem Wert für die **Kinderpraxis**, insbesondere bei

Keuchhusten.

Dosis: 0,05 bis 0,1 g bei Säuglingen,
0,3 g bei größeren Kindern 3 mal täglich

Literatur und Muster stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Ausstellung unserer Fabrikate im Kaiserin Friedrich-Hause, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2-4.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,
Berlin SW. 48

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

P. Teissier und R. Bénard, Sur la résistance globulaire dans la scarlatine avec troubles hépatiques 76
A. Netter und C. Levaditi, Action microlicide exercée par le sérum des malades atteints de paralysie infantile sur le virus de la poliomyélite aiguë 76
G. Roussy und J. Clunet, Intégrité des parathyroïdes dans le myxoedème congénital par agénésie du corps thyroïde 76
A. Gilbert u. André Philibert, Expulsion de l'oesophage par la touche après ingestion de caustiques 76
Jean Minet, La formule hématologique de l'hérédosyphilis. (Numération des globules. — Formule hémoleucocytaire.) 77
Philip Burneff, Notes on e case of papulo-necrotic Tuberculide . . . 78
J. D. Rolleston, Herpes facialis in scarlet fever 78
L. Concetti, Die Gefahren der Unterernährung beim Säugling 78
U. Franchetti und R. Fuà, Die von Yamanouchi angegebene Methode der Tuberkulosediagnose im Kindesalter 79
U. Trinci, Die akute eitrige Gelenkentzündung der Säuglinge 79
R. zu Jonalen de Jong und C. M. L. Muskens, Megacolon congenitum 79
G. Genersich, Mangelhafte Ernährung der Brustkinder 80
S. Fritz, Fall von Megacolon congenitum 80
Marius Lauritzen, Über d. Behandlung des Diabetes mellitus bei Kindern 80
W. Kudisch, Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum (Kaposi) 82
M. Bihler, Ftoroformwasser bei Keuchhusten 82
D. Dorofejeff, Über 18 Radikaloperationen angeborener Inguinalhernien im Säuglingsalter 83

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 84
Pädiatrische Sektion der polnischen Gesellschaft der Ärzte 85
82. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 87

III. Neue Bücher. — IV. Monats-Chronik.

Nestle's Kindermehl

G. m. b. H.

Berlin W. 57

erlaubt sich, den Herren Ärzten

Gratisproben

des veränderten

Nestlemehles

anzubieten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. März 1911. Nr. 3.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

R. Eller (Wien), Familiärer Kretinismus in Wien. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 71. Heft 6.) In einer Gegend, die bisher frei von endemischem Kretinismus, aber strumenreich ist, wurde familiäres Auftreten des Kretinismus an 3 Geschwistern konstatiert. Diese Fälle nähern sich zum Teil wenigstens dem Symptomenbild des endemischen Kretinismus so sehr, daß an ihnen die Unterscheidung zwischen sporadischem und endemischem Kretinismus bezüglich der Symptome ganz undurchführbar ist; Schilddrüsenfütterung führte in jedem Falle Besserung herbei, die in einem Teil der Fälle sehr wesentlich war.

Hecker.

L. Langstein und **A. Niemann**, Ein Beitrag zur Kenntnis der Stoffwechselvorgänge in den ersten 14 Lebenstagen normaler und frühgeborener Säuglinge. (Aus der Kgl. Universitätskinderklinik zu Berlin.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 71. Heft 2.) Verff. haben bei 3 Neugeborenen vom 1. Lebenstag an Stoffwechselbilanzen aufgestellt mit täglicher Analyse von Nahrung, Urin und Kot. Ferner wurde der Stoffwechsel eines frühgeborenen Kindes vom 1. bis zum 25. Lebenstag untersucht. Die Harnmenge erreichte die von Camerer für die späteren Monate des 1. Lebensjahres gefundene Gesetzmäßigkeit, nach welcher auf 100 g Nahrung 68 ccm Harn entleert werden sollen, noch nicht. Die Stickstoffbilanz war in den ersten 5—8 Tagen negativ; erst nach dieser Zeit beginnt allmählich die N-Retention, so daß man von einem erheblichen Nutzungswert überhaupt erst in der 2. Lebenswoche sprechen kann. Er erreicht dann Werte von 40—60. Verff. glauben, daß die gesteigerte N-Ausscheidung durch den Urin der Ausdruck eines Gewebszerfalls ist. Die Phosphorausscheidung im Urin ist nur am 1. Lebenstage eine außerordentlich geringe. Vom 2. Lebenstage ab steigen die Phosphorwerte allmählich an, nach dem 7.—9. Tage beginnen sie wieder abzusinken, doch werden auch am 12. Tage noch nicht die geringen Werte erreicht, die Moll für das gesunde Brustkind gefunden hat. Die hohen Phosphorwerte werden ebenfalls als Ausdruck eines Gewebszerfalls betrachtet. Verff. vermuten, daß die Gewichsabnahme der ersten Tage nicht durch den Abgang von Harn und Mekonium allein zu erklären ist, sondern daß sie als der Ausdruck eines abnormen Gewebs- und Wasserverlustes betrachtet werden muß.

Hecker.

S. J. Fedinski, Der Einfluß des Moserschen Serums auf den Verlauf und die Mortalität des Scharlachs. (Aus dem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kinderkrankenhause des hl. Wladimir in Moskau.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 1 und 2.) Die an großem Material angestellten Untersuchungen ergeben, daß der Einfluß des Serums auf den Verlauf und die Mortalität beim Scharlach deutlich und intensiv ist. Verf. gibt spezielle Anweisungen zur Verwendung des Serums, die im Original nachzulesen sind. Hecker.

W. Stoeltzner, Hypothyreoidie im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 2.) 6jähriger Knabe, dessen zurückgebliebenes Längenwachstum und körperlicher und geistiger Zustand durch Thyreoidin glänzend beeinflußt wurden. Zwei weitere Fälle, in denen im Anschluß an akute Infektionskrankheiten Myxödemsymptome aufgetreten waren. Hecker.

O. Heubner (Berlin) und **W. Heubner** (Göttingen), Zur Lehre von der energetischen Bestimmung des Nahrungsbedarfes beim Säugling. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 2.) Die sorgfältigen Untersuchungen wurden an einem Kind W. Heubners angestellt. Die Zusammensetzung der Milch vom 5. Tage nach der Geburt war folgende auf 100 ccm:

Fett	Eiweiß	Laktose	Asche
5,23	2,98	5,10	0,37

Summe 13,68. Trockensubstanz direkt bestimmt = 14,1.

Über die Veränderungen der Zusammensetzung gibt folgende Tabelle Aufschluß:

auf 100 g Muttermilch:

Zeit	Eiweiß	Fett	Laktose Anhydrid	Kalorien
4.— 7. Tag	2,98	5,23	4,85	80,0
8.— 27. „	1,5	4,91	6,5	77,2
28.— 52. „	1,2	5,43	6,5	80,8
53.—161. „	1,2	5,67	6,5	83,0

Als Brennwert der späterhin gegebenen künstlichen Nahrung wurde für je 100 ccm der verschiedenen Arten künstlicher Nahrung gefunden:

Drittelmilch (30.—42. Tag)	41,4 Kalorien
Halbmilch (43.—136. Tag)	52,7
Halbmilch + Maismehl (137.—172. Tag) .	62,5

Besonders interessant erscheint die erste Periode der Beobachtung bis zum 30. Tag, wo das Kind ausschließlich Brustnahrung bekam. Die Quantität, das Volumen der Nahrung war ungenügend, während die Qualität, der Energiegehalt der spärlichen Zufuhr ausreichend, sogar überschüssig war. Die sogenannte physiologische Abnahme war von kurzer Dauer und bereits am 4. Tage wieder ausgeglichen, am 7. Tage um 70 Tage überschritten — bei einem Energiequotienten von 91 Kalorien.

Nun kam ein Rückschlag, der bis zum 21. Tag dauerte, während das Gewicht um das Geburtsgewicht herum ungefähr stehen blieb, obwohl der Energiequotient während dieser Zeit den Betrag von 100 Kalorien erreichte und sogar überstieg. Erst in den 3. Dekade

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fing das Körpergewicht an zu steigen und hob sich jetzt in einer Woche um 100 g. Das alles trotz eines Energiequotienten, der sich allmählich bis auf 120 hob! Dieses paradoxe Verhalten wird erklärt durch den geringen Wassergehalt der zugeführten Nahrung. Das Kind bekam eine in bezug auf seinen Nährwert vollkommen ausreichende, aber zu trockene Nahrung. Es war deshalb ein Faktor für regelrechten Ansatz im Rückstand.

Die Verff. ziehen den wichtigen Schluß daraus, daß eine an Menge, an Volumen spärliche Brustnahrung recht wohl einen so großen kalorischen Wert haben kann, daß sie dem Bedarf an Energie vollauf Genüge leisten kann. Vielleicht ergibt sich daraus ein diätetisches Verfahren für ähnliche Fälle, wo man durch einfache Wasserzufuhr ohne Beinahrung die vermißte Gewichtszunahme erzielen kann. Verglichen mit den Diagrammen anderer Beobachtungen schwankt der Energiequotient bei allen Brustkindern bis zum 4. Monat zwischen 100 und 125, der Wachstumsquotient zwischen 0,4 und 0,8. Der Energiegehalt der Muttermilch ist sicher höher als 650 Kalorien, und demnach liegt auch der Energiequotient des Brustkindes vielfach höher als 100. Für eine knappe Ernährung empfiehlt es sich trotzdem, an der Zahl von 100 festzuhalten. Hecker.

J. Rosenstern, Kalzium und Spasmophilie. (Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin, Oberarzt Prof. Dr. Finkelstein.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 2.) Nach Jacques Loeb wirken Kalziumlösungen auf Nerv und Muskelpräparat sowie auf einzellige Lebewesen vielfach im Sinne der Herabsetzung der Erregbarkeit, kalziumfällende Lösungen im entgegengesetzten Sinne. Die Erregbarkeit von Nerv und Muskel kann nach ihm direkt als eine Funktion des Quotienten Na/Ca aufgefaßt werden, und für die Salztherapie gilt der Satz: Wo Hemmung gewünscht wird, empfiehlt es sich, $CaCl_3$ zu geben. Jedenfalls kommt den Kalziumionen neben den andern Salzen eine hohe Bedeutung als Regulatoren von Bewegungsphänomenen und der nervösen Erregbarkeit zu. Die Mehrzahl der Untersuchungen spricht für einen Zusammenhang zwischen Kalziumverarmung und Spasmophilie, wenigstens im Tierversuch. Die Beobachtungen am spasmophilen Säugling dagegen haben widersprechende Ergebnisse gezeitigt. Dies veranlaßte den Verf., den Einfluß alimentärer Kalkzufuhr bei der Säuglingstetanie erneut zu prüfen. Er untersuchte den Einfluß einer einmaligen Zufuhr einer bestimmten Menge Kalzium (3 g $CaCl_2$) auf die Kathodenöffnungszuckung bei spasmophilen Kindern. Das Resultat war in vielen Fällen eine vorübergehende Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit und ein vorübergehender Rückgang der sonstigen spasmophilen Symptome. Nach Zufuhr von Kochsalzlösung sah er gelegentlich eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit, ja ein Wiederauftreten von Laryngospasmen. Hecker.

P. Auerbach, Über eitrige Speicheldrüsenentzündung beim Säugling. (Aus der Säuglingsabteilung der Krankenanstalt Altstadt zu Magdeburg, Oberarzt Prof. Thiemich.) (Ebenda.) 3 Fälle von eitriger Speicheldrüsenerkrankung bei Säuglingen, deren Beobachtung folgende Resultate ergeben haben: Es gibt im Säuglingsalter

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sicher eine eitrige Speicheldrüsenentzündung, die durch in den Ausführungsgang eingedrungene Fremdkörper von dorther ihren Ausgang nimmt. Es gibt ferner im Säuglingsalter eine weitere eitrige Erkrankung der Speicheldrüsen, die entweder scheinbar primär oder im Anschluß an andere Erkrankungen auftritt und mit Wahrscheinlichkeit auf eine hämatogene Infektion der Drüse zurückzuführen ist.

Hecker.

R. Neurath, Über die Bedeutung der Kalksalze für den Organismus des Kindes unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. (Kinderklinik Wien.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 1. S. 3.) Die Untersuchungen wurden mittels der Wrightschen Methode der Blutkalkbestimmung vorgenommen. Diese Methode liefert brauchbare Vergleichswerte nicht der gesamten Blutkalkmenge, sondern nur der oxalatfällbaren Kalziumverbindungen, die wahrscheinlich den „aktiven" ionisierten Kalk repräsentieren. Seine Resultate faßt N. folgendermaßen zusammen: Bei gesunden Kindern finden sich in den frühesten Zeiten des Säuglingsalters höhere Kalkwerte, mit fortschreitendem Alter gehen im allgemeinen die gewonnenen Kalkwerte zurück. Ein Vergleich nach verschiedenen Ernährungsmethoden ernährter Kinder läßt einen höheren Gehalt an oxalatfällbaren Kalksalzen im Blut von Brustkindern als bei künstlich ernährten Kindern erkennen. Künstliche Kalkanreicherung der Nahrung ruft selten eine prompte Steigerung, häufiger sogar ein Herabgehen des Kalkgehaltes des Blutes hervor. Das Tierexperiment zeigt bei sehr starker Kalkanreicherung der Nahrung eine leichte Erhöhung der gewichtsanalytisch bestimmten Blutkalkmenge.

Bei Kindern mit Tetanie findet sich eine relative Armut des Blutes an oxalatfällbaren Kalziumverbindungen; die Bestimmung des Blutkalkes bei einem experimentell der Epithelkörperchen beraubten Tiere mit Symptomen der Tetanie zeigte gleiches Verhalten. Man muß den Epithelkörperchen neben der entgiftenden Funktion auch einen fördernden Einfluß auf den Kalkstoffwechsel zuerkennen.

Bei sonstigen Erkrankungen (Purpura, exsudative Diathese usw.) fand sich kein konstantes Abweichen der Blutkalkwerte von den Mittelwerten. Reine Rachitisfälle hat N. nicht untersucht.

Schick (Wien).

F. Rott, Beitrag zur Wesenserklärung der physiologischen Gewichtsabnahme des Neugeborenen. (Klinik Heubner.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 1. S. 43.) R. hat zur Entscheidung der Frage, ob die physiologische Gewichtsabnahme des Neugeborenen auf Störung des Wasserstoffwechsels beruht, den Wassergehalt des Blutserums beim Neugeborenen durch längere Zeit fortlaufend untersucht. Als Methode diente die refraktometrische Untersuchung (Strübell), bei der das Lichtbrechungsvermögen einer Flüssigkeit bestimmt wird. Die Größe der Lichtbrechung addiert sich aus dem Brechungsexponenten des Lösungsmittels und aus dem der in ihm gelösten Substanzen. Es kann daher aus dem Brechungsexponenten einer Lösung ohne weiteres die Konzentration derselben festgestellt werden. Das Blut wird in Kapillaren aufgefangen, nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Abscheiden des Serums wird zentrifugiert. Der Brechungsexponent des Serums wird mit dem Refraktometer bestimmt.

Bei zwei gutgedeihenden Brustkindern ergab sich vollkommene Parallelität der Kurven. Die Gewichtskurve sinkt in beiden Fällen rasch ab, erreicht den niedrigsten Stand am 3. Tag, dann beginnt steile Gewichtszunahme. Die Refraktionskurve zeigt das Spiegelbild, in den ersten Tagen Emporschnellen der Werte des Brechungsvermögens entsprechend der Wasserversorgung. Der stärkste Grad der Wasserverarmung wird am 3. Tage beobachtet. Von da sinkt der Wert des Brechungsexponenten des Serums und erreicht am 6. bzw. 8. Tage wieder den ursprünglichen Wert, am gleichen Tage wird das Geburtsgewicht wieder erreicht. Auch bei den andern Kindern, die eine weniger gute Zunahme zeigten, ergaben sich analoge Befunde. Diese gute Übereinstimmung beider Kurven deutet darauf hin, daß der physiologische Gewichtsverlust des Neugeborenen nicht nur teilweise, sondern in der Hauptmasse durch Wasserverlust bedingt ist. Die geringe Nahrungszufuhr — der Hungerzustand — gibt eine genügende Erklärung für diesen Verlust. R. sucht diese Ansicht auch durch Tierversuche zu stützen.

Um extreme Folgen des Hungerzustandes beim Neugeborenen zu vermeiden, dürfte die Zufuhr von 150—200 g Flüssigkeit nötig sein, zur schnellen Wiedererlangung des Geburtsgewichtes und des normalen Wassergehaltes sind 400 g, zum normalen Ansatz 500 g täglich notwendig. Ob dazu saccharingesüßter Tee oder andere Flüssigkeiten verwendet werden müssen, ist noch nicht entschieden. R. wirft die Frage auf, inwieweit zur Ermöglichung eines normalen Ansatzes neben der genügenden Kalorienzufuhr die entsprechende Flüssigkeitsmenge erforderlich ist.

Schick (Wien).

W. Kaupe, Der Blutdruck im Kindesalter. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 5 u. 6. S. 257.) Blutdruckbestimmungen mittels des Apparates von Riva-Rocci unter Berücksichtigung des systolischen und diastolischen Blutdruckes an 144 normalen Kindern (meist Mädchen). Die Kinder standen im Alter von 3—13 Jahren. Die erhaltenen Werte schwanken zwischen 80—100, höhere Werte sind nur vereinzelt zu finden. Besonders kräftige Kinder haben einen besonders hohen Blutdruck, doch trifft dies nicht immer zu. Zwischen beiden Geschlechtern wurde kein wesentlicher Unterschied im Blutdruck gefunden. Auffällig war, daß der Blutdruck im Alter nach dem 7.—8. Jahre zu steigen scheint. Die Differenz zwischen systolischem und diastolischem Druck ist ziemlich konstant und beträgt 8—9 mm.

Schick (Wien).

Heim und **John,** Ein Beitrag zur Theorie des Salzfiebers. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 5 u. 6. S. 264.) Müller hat gezeigt, daß durstende Säuglinge bei 24stündiger Flüssigkeitsentziehung beträchtliche Temperatursteigerungen unter Gewichtsabnahme aufweisen. Nach Teezufuhr geht Körpertemperatur und Gewicht wieder zur Norm zurück. Müller führt diese Erscheinung darauf zurück, daß die Säfte des Organismus konzentriert werden, Wasserausscheidung durch Lunge und Haut wird herabgesetzt.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verff. lenkten ihr Augenmerk auf die von vielen Seiten beobachtete Tatsache, daß die fiebererregende Wirkung des Kochsalzes bei Zufuhr per os nicht von der absoluten Menge, sondern von der Konzentration der Lösung abhängig ist. Sie dachten daher daran, daß diese pyrogene Wirkung dann zu erwarten ist, wenn man dem Organismus zur Verdünnung des eingeführten und resorbierten Kochsalzes ungenügende Wassermengen zur Verfügung stellt. Die Ausscheidung von Wasser durch Nieren, Haut und Lunge wird dann geringer, durch Versagen dieses Abkühlungsmechanismus ist die Möglichkeit einer Wärmestauung gegeben, es tritt Fieber auf. In sehr interessanten Versuchen zeigen die Verff. die Richtigkeit dieser Überlegung. In 4 Fällen wurde geprüft, welche Wirkung auf die Temperatur bei subkutaner Injektion von Kochsalz eintritt, wenn man gleichzeitig Flüssigkeit (Tee) zuführt oder dies unterläßt. Bei mangelnder Flüssigkeitszufuhr kommt es zu beträchlichem Fieber, bei Teezufuhr erscheinen Untertemperaturen. Dabei war aber noch die eigentümliche Tatsache zu konstatieren, daß bei subkutaner Injektion von 20 ccm einer 1 $^0/_{00}$ igen Kochsalzlösung und Zufuhr von 335 g Tee, 250 g Flüssigkeit retiniert wurde und nach anfänglicher Unruhe und lebhaftem Schreien des Patienten Zeichen von bedrohlicher Herzschwäche, Konvulsionen mit Bewußtlosigkeit auftrat; dieser Kollaps konnte mit Mühe überwunden werden. Da die Flüssigkeitsretention gar nicht im Verhältnis zur eingeführten Kochsalzmenge steht, meinen Verff., daß das Herz durch die Zufuhr von Flüssigkeit überlastet worden sei und die Insuffizienz der Herzarbeit führte einerseits zum Kollaps, andererseits zu Flüssigkeitsretention. Schick (Wien).

A. Japha, Über die Anwendung rhythmischer Herzkompression beim Wegbleiben der Kinder und ähnlichen Zuständen. (Aus Prof. H. Neumanns Kinderpoliklinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 47.) Der Daumenballen der rechten Hand wird zwischen Sternalrand und Spitzenstoßgegend aufgesetzt und nun durch rhythmische Stöße auf den Brustkorb, etwa in der Anzahl von 120 und mehr in der Minute, die Herzgegend tief eingedrückt.

Die Wirkung der Herzstöße kann man sich kaum als mechanische Beeinflussung der Zirkulation, sondern vielmehr nur als reflektorisch bedingt vorstellen. Klar ist es, daß der weiche Thorax der Kinder eine bessere Wirkung ermöglicht als der starre Brustkorb der Erwachsenen.

Tatsächlich sind die Erfolge der Herzstöße bei verschiedenen Zufällen in der Kinderpraxis sehr gut. Sehr in die Augen fallende Resultate wurden erreicht bei zwei jungen Säuglingen, von denen der eine mit einer Temperatur von 42,4, der andere mit einer solchen von 43,3 in die Poliklinik gebracht wurde.

Das erstere, 12 Tage alte, nur an der Brust ernährte Kind war am Tage vorher unter Hitze und Durchfall erkrankt. Es bestand Ikterus und Pemphigus neonatorum. Das Kind war dunkelblau, mit Schaum vor dem Mund und bewußtlos. In der Minute wurden 80 Atemzüge festgestellt, der Puls war noch fühlbar. Unter Herzstößen besserte sich das Aussehen zusehends, es folgten eine Kampferinjektion und kalte Übergießungen im warmen Bade. Natürlich kommt

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vieles von dem endgültigen Erfolg auf das Konto dieser beiden Eingriffe. Das Kind konnte bald sehr gebessert nach Haus geschickt werden, wurde mit Tee und etwas abgezogener Brust genährt. Am nächsten Tag nur 38,2, am übernächsten 37,5. Es handelt sich ersichtlich um Überhitzung an einem sehr heißen Sommertage (Hitzschlag). Weitere Entwicklung bis ins zweite Lebensjahr vortrefflich. Das andere Kind kam einen Monat alt in die Behandlung der Poliklinik. Es war künstlich ernährt, hatte seit 4 Tagen auffällig harten Stuhl und schrie öfters schmerzlich auf. Außer der Temperatur von 43,3 wurde an dem schlaff daliegenden, blaß zyanotischen Kinde ein Herzschlag von etwa 180 festgestellt, in sehr großen Abständen folgten einige schnappende, krampfhafte Atemzüge, so daß das Kind durchaus einen moribunden Eindruck machte. Wider Erwarten hob sich der Puls unter der Anwendung von Herzstößen, ein Bad mit kühlen Übergießungen erzielte eine Temperaturerniedrigung bis 37,1. Am nächsten Tage erfolgten nach Angabe der Mutter noch einige Krampfanfälle, dann trat unter Teediät mit allmählicher Milchbeigabe schnelle Genesung ein. Auch dies Kind hat sich weiterhin tadellos entwickelt. Die Ursache des Zustandes blieb unklar, eine Überhitzung erschien nach der Sachlage unwahrscheinlich.

Der gute Einfluß der Herzstöße war in beiden Fällen für den Ausführenden sehr ersichtlich, natürlich haben zu dem endgültigen Erfolg die Übergießungen mit ihrer temperaturerniedrigenden Wirkung beigetragen.

Daß noch in manchen anderen Kollapszuständen, z. B. bei schweren Pneumonien, die Herzstöße Anwendung finden können, ist klar. Besonders wertvoll aber erweisen sie sich in der Behandlung von mit Stimmritzenkrampf in Zusammenhang stehenden Anfällen. Fast alle Behandlungsmethoden sind in schwerem Anfall von „Wegbleiben" von sehr problematischem Wert. Was nutzt das Vorhalten von Äther oder Chloroform, wenn infolge des Glottiskrampfes keine Inspiration erfolgt! Zudem erscheint nach allem der Herzstillstand das wichtigste Moment in diesen fatalen Zuständen zu sein, wie auch Heubner meint, daß man einer Erstickung durch unmittelbar einsetzende künstliche Atmung Herr werden müßte, während man bei einer solchen Katastrophe nach seiner Erfahrung das Kind nie retten könnte. Anderseits möchte J. darauf aufmerksam machen, daß auch bei der Chloroformsynkope die Atmung unter der Anwendung von Herzstößen besser in Gang kam als bei der künstlichen Atmung. Die Beobachtung am Kranken spricht jedenfalls für den sehr günstigen Einfluß dieser Prozedur in solchen Katastrophen. Unter der Anwendung von Herzstößen sah J. gewöhnlich zunächst die Pupillen sich verengern, das Gesicht bekam wieder Farbe, schließlich erfolgte der erste Atemzug. Seit er dies Verfahren befolgt, und das ist schon eine Reihe von Jahren, hat er in keinem Krampfanfall, den er selbst gesehen hat, mehr einen Exitus letalis erlebt. Das kann Zufall sein, haben doch überhaupt die schweren Zufälle bei Stimmritzenkrampf in der Poliklinik infolge der zweckmäßigeren Behandlung dieses Zustandes abgenommen. Danach war der momentane Erfolg der Herzstöße so in die Augen fallend, daß J. das Verfahren, das bisher wohl kaum in einem Buche zu diesem Zweck angegeben worden ist, aufs ausdrücklichste empfehlen möchte. Grätzer.

J. Richter und **W. Buttermilch**, Säuglingsernährung bei akuten alimentären Störungen. (Aus der Berliner und Weißenseer Säuglingsklinik.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 48.)

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als sich bei den fortschreitenden Beobachtungen der Verff. einerseits herausstellte, daß konform der Anschauung anderer Autoren bei den frischen Nutritionsstörungen nicht einmal die Frauenmilch wegen ihres Fettgehaltes immer einwandfreie therapeutische Ergebnisse lieferte, andererseits sich die Überlegenheit der kohlehydratreichen Buttermilch bei chronischen Ernährungsstörungen in einzelnen Fällen deutlich zeigte, begannen sie ganz vorsichtig mit entsprechend abgestumpfter Waffe, d. h. unter Verminderung der Kohlehydratbestandteile der in üblicher Weise beschickten Buttermilch an die Behandlung frischer, auf der Höhe der Exazerbation stehender Erkrankung zu gehen.

Sie wählten hauptsächlich 2 Formen der Buttermilchzugaben: erstens eine Herabsetzung der Kohlehydrate auf Zweidrittel ihrer gewöhnlichen Menge, d. i. 10 Mehl + 40 Zucker, zweitens auf die Hälfte, d. i. 7,5 Mehl + 30 Zucker auf 1 Liter Flüssigkeit.

Aber so sehr die später veröffentlichten günstigen Urteile anderer Autoren über Buttermilcherfolge mit den Ergebnissen der Verff. übereinstimmen, in der Bewertung dieser Ernährungsform bei frischen, ja selbst den schwersten der chronischen Nutritionsstörungen ergaben sich weitgehende Abweichungen.

Ein neuer Erkenntnisfortschritt war für die Erklärung der Schädlichkeit auch der kohlehydratarmen Buttermilch nötig. Mit der Feststellung, daß bei der akuten alimentären Schädigung die Kohlehydrattoleranz am frühesten und stärksten gestört wurde, mußte sich der Gedanke an die möglichst weitgehende Zurückdrängung auch der Kohlehydrate bei der Ernährung der Kranken verknüpfen. Daher beschlossen die Verff. die starke Ausschaltung des Fettes in der Buttermilch nicht mehr durch Kohlehydratzusätze auszugleichen und mit einer möglichst fett- und zuckerarmen Buttermilch die akuten Verdauungsstörungen auch der jüngsten der kleinen Patienten zu bekämpfen. Es waren beim Beginn dieser Versuche entsprechende Anwendungsweisen zusatzloser Buttermilch nicht bekannt. Die Verff. gingen daher mit erklärlicher Vorsicht vor, zumal das Krankenmaterial sich nur aus schwer affizierten und zumeist recht jungen Säuglingen zusammensetzte. Verff. müssen sogar zugeben, daß sie, bevor das erste dies Vorgehen stützende Resultat erzielt war, immer geneigt blieben, die eingeleitete Behandlung mit zusatzloser Buttermilch zugunsten der natürlichen Ernährung aufzugeben, und erst durch die bald erkennbare Besserung des Allgemeinbefindens, die Sanierung von Puls, Temperatur und Stühlen von dieser Unterbrechung zurückgehalten wurden. Denn der zunächst so gewagt erscheinende Versuch gelang in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle.

Es liegt nicht in der Verff. Absicht, schon heute weitergehende Schlußfolgerungen aus ihrer Beobachtungsreihe herzuleiten, als vielmehr durch die mitgeteilten Tatsachen Veranlassung zu geben, daß überall dort, wo keine Frauenmilch zur Verfügung steht, bei akuten Ernährungsstörungen der jungen und jüngsten sowie bei den schwersten älterer Säuglinge im Anfangs-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stadium zusatzfreie Buttermilch zur Anwendung, und wenn zunächst auch nur zur versuchsweisen Anwendung, gebracht werde.

Die ganz einfache Technik des Ernährungsverfahrens war folgende: Bei akuter alimentärer Intoxikation und Dekompositionszuständen wurde am Einlieferungstage Tee mit Saccharin in üblicher Weise mit eventueller Rizinusgabe verabfolgt. Bei der Dyspepsie, bei Bilanzstörungen und Mehlnährschaden erhielten die kleinen Kranken, was die erste Gruppe am folgenden Tage bekam, 2—3 stündlich 10 bis 30 g mit Saccharin gesüßter Buttermilch, je nach Grad der Krankheit, Alter und Gewicht, dazu Saccharintee in nötiger Menge. Bei allen schweren Formen der Intoxikation und bei dem fortgeschrittenen Grade der Dekomposition kamen in den ersten 24 Stunden nach der Teediät nur 5 g Buttermilch innerhalb 2 stündlicher Intervalle zur Verwendung. Am nächsten Tage stieg die Gabenhöhe bei den jüngeren Säuglingen auf 5 mal 30 g, bei den älteren auf 5 mal 50 g, — Tee selbstverständlich nach Bedarf. Allmählich wurde dann in 5 Mahlzeiten zu der Tagesdosis fortgeschritten, welche dem 6. Teil des Körpergewichtes entsprach. Bei unverarbeiteter Buttermilch blieb man, solange Temperatur und Stuhl zu wünschen übrig ließen. Sowie bei befriedigendem Befinden der Gewichtsverlust nicht aufhörte oder der bisherige Anstieg nachließ, wurde zum Zusatze von Soxhlets Nährzucker übergegangen.

Es sei auch bemerkt, daß sich bei dieser Behandlung als ein außerordentlicher Nebenerfolg eine wirksame Beeinflussung der exsudativen und spasmophilen Diathese gezeigt hat. Die Einwirkung auf den exsudativen Prozeß hat allerdings für Buttermilchtherapeuten, die die kohlehydratarme Buttermilch beinahe als Spezifikum bei Ekzembehandlung betrachten, nichts Überraschendes. Denn es entsprachen diese Behandlungserfolge der Auffassung vom Wesen der Erkrankung. Außerordentlich günstig gestalteten sich auch die Reparationsverhältnisse bei parenteralen Infektionen. Verff. haben mehrere Kinder mit Abszessen, Phlegmonen und Furunkulose mit zusatzloser Buttermilch und im Allaitement mixte mit Frauenmilch behandelt und gute Heilung erzielt.

Eine selbstverständliche Voraussetzung bei der Empfehlung einer bestimmten Milchart, die zur Ernährung von Säuglingen, noch dazu schwer kranken, bestimmt ist, bleibt die Beschaffung eines einwandfreien Präparates. Wo bisher Buttermilch zur Anwendung kam, konnte dieser Voraussetzung kaum in allen Fällen entsprochen werden, da die Zusammensetzung der käuflichen Buttermilch äußerst labil ist und noch kein Indikator für normale Säuglingsbuttermilch aufgestellt werden konnte. Und doch lehren der Verff. Erfahrungen, daß wenigstens ein Teil der sogenannten Buttermilchkatastrophen, wenn man von der Kohlehydratanreicherung absehen kann, auf Buttermilchfehlern, sei es des Säuregehaltes, sei es der Komponenten, sei es der Bakterienflora, zurückgeführt werden müssen. Verff. sind jetzt dabei, mit sachverständiger Unterstützung die nötigen Buttermilcheigenschaften festzulegen und darüber mit allen übrigen Versuchsergebnissen in ausführlichster Weise zu berichten. Inzwischen hatten sie sich bemüht,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit einer wenigstens möglichst gleichmäßig hergestellten, nicht zu säurereichen Buttermilch zu arbeiten. Die Latituden dieser Buttermilch ergaben folgende Zahlen:

Trockensubstanz	7,93—6,36 %
Fett	0,70—0,25
Stickstoffsubstanz	3,12—1,83
Milchzucker	3,52—3,06
Mineralbestandteile	0,73—0,55
Spez. Gewicht des Serums	1,0230—1,0197
Säuregrade (Soxhlet-Henkel) . .	31,6—24,0

Vor Festellung weiterer bakterieller Notwendigkeiten haben Verff. diejenige Buttermilch als für die Benutzung geeignet erachtet, welche schon auf der erste Platte beim Verdünnungsverfahren keine Kolonien peptonisierender Bakterien zeigte.

Ob es nun aber erforderlich ist, diese Buttermilcheigenschaften — besonders bei schwersten Störungen — irgendwie, vorzüglich in der Richtung weiterer Einschränkung, ihres Fett- und Zuckergehaltes zu beeinflussen, vermögen Verff. im Augenblicke noch nicht festzustellen. In der Tat wird auch heute schon die Buttermilch durch die bei jedem Ausbutterungsprozesse von den Milchwirten angewandte Wasseranreicherung fett- und zuckerärmer gestaltet.

Nach der Verff. Beobachtungen hat sich jedenfalls zu jung ausgebutterte Milch infolge der Unmöglichkeit genügender Zuckervergärung und des Mangels an entsprechenden Milchsäuremengen, sowie einer ergiebigen Entwicklung der spezifischen Bazillen als schädlich erwiesen. Bei Verwendung einer der ihrigen gleichwertigen Milch dagegen halten Verff. sich schon jetzt für berechtigt, für die zusatzlose Buttermilch dieselbe Stellung als Heilnahrung bei akuter Ernährungsstörung zu erwarten, wie sie und andere Autoren der kohlehydratbeschickten bei den minder schweren, oder mehr chronischen Ernährungsstörungen der älteren Säuglinge längst eingeräumt haben. Natürlich denken Verff. gar nicht daran, die Möglichkeit von Fehlschlägen auch bei dieser Buttermilchdarreichung auszuschliessen und legen besonderes Gewicht auf vorsichtige Indikationsstellung mit sorgfältiger Berücksichtigung von Anamnese und gegenwärtigem Zustande des Kindes sowohl bei der Ernährung, wie bei der Abstillung. Grätzer.

Klotz, Erfahrungen über die therapeutische Verwendung von Bolus alba und Kohlensäureschnee (Ebenda.) Es erschien wünschenswert, die Mitteilungen Görners bezüglich der Bolusverwendung bei akuten Ernährungsstörungen von Säuglingen einer Nachprüfung zu unterziehen.

Die Bolus alba wurde im Jahre 1908 in geeigneten Fällen auf der Säuglingsstation der Breslauer Kinderklinik, besonders aber an dem großen poliklinischen Material verwendet. Über die therapeutischen Ergebnisse waren die einzelnen ordinierenden Ärzte insofern einig, als von verblüffenden Erfolgen wohl nicht gesprochen werden

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

konnte. Von der Station verschwand das Boluswasser auch allmählich wieder, ein Zeichen, daß es den gehegten Erwartungen nicht entsprochen hatte. Schädigungen wurden dagegen niemals beobachtet. Die Säuglinge nahmen im allgemeinen die Bolusaufschwemmung nicht ungern; solche der ersten 3 Monate bekamen 5,0 Bolus auf 10 bis 15 Strich Saccharinwasser; von 3—6 Monaten das Doppelte und jenseits des ersten Halbjahres das Dreifache der Anfangsdosis. K. hat nicht den Eindruck gewonnen, daß unter dieser Behandlung die Durchfälle akut ernährungskranker Säuglinge früher zum Stillstand kamen als unter der sonst üblichen Teediät. Ein Punkt war es jedoch, der ihn veranlaßte, die Bolus poliklinisch nicht mehr zu verwenden: der Charakter der Stühle wurde gewissermaßen durch die Tonerde kachiert. Die Fäzes sahen sehr bald nach der Bolusdarreichung gut gelb gefärbt, salbig aus, rochen wenig oder gar nicht. Geringe Schleim- oder Blutbeimengungen entzogen sich der Wahrnehmung. Die Schminke durch die Bolus erschwerte somit oft die richtige Einschätzung und Beurteilung eines Stuhles. Andererseits ergibt sich aus dieser Feststellung folgendes. Wo abundante, schleimig-eitrige Entleerungen bestehen, und es dem Praktiker darauf ankommt, durch einen äußerlich gut aussehenden Stuhl des erkrankten Säuglings die auf diesen Effekt besonders ängstlich urgierende Umgebung zu beruhigen, da empfiehlt K. ihm, Bolus zu verabreichen. Aber mehr als symptomatische Erfolge erwarte er nicht von dieser harmlosen Therapie.

Bei Meteorismus des Säuglinge hat K. ebenfalls keinen gesetzmäßigen oder in die Augen fallenden Effekt gesehen. Wenn, wie so häufig in der Pathologie des Säuglings, der Meteorismus nicht so sehr abnormen Gärungsprozessen seine Entstehung verdankt, als vielmehr Zirkulationsstörungen (Czerny), wird die Bolustherapie sowieso keine kausale sein.

Sehr zu empfehlen ist hingegen die Bolus alba als Streupuder. Sie ist dem jetzt allgemein im Gebrauch befindlichen Zink bzw. Salizylstreupuder völlig ebenbürtig und beiden Puderarten dort überlegen, wo es gilt, Intertrigo und leichte nässende Ekzeme zu behandeln. Die wasserbindende Fähigkeit ist außerordentlich groß, und es entstehen nicht durch Zersetzung des Amylums Säuren, welche die zarte Epidermis reizen.

Ganz besonders möchte K. schließlich auf die Verwendung von Bolus bei der Behandlung der Vulvovaginitiden der Säuglinge und Kinder überhaupt hinweisen. Hier hat er teilweise frappante Erfolge gesehen. So heilte z. B. eine bereits $^3/_4$ Jahr mit allen erdenklichen Mitteln behandelte Gonorrhöe bei einem 5jährigen Mädchen in etwa 4 Wochen ab und blieb auch (letzte Untersuchung nach $1\,^1/_4$ Jahr) rezidivfrei. Auch auf der Station wurden einige sehr schnelle, schöne Erfolge beobachtet, in anderen Fällen ließ dagegen die Heilung längere Zeit auf sich warten. Niemals sieht man bei dieser Therapie Reizerscheinungen. Sie ist die sauberste und auch wirksamste Therapie der Vulvovaginitis. K.s erste Versuche fielen in eine Zeit, da die Veröffentlichung Nassauers, der bekanntlich über eine große Reihe ausgezeichneter Erfolge berichtet hat, noch nicht erschienen war. K.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verwandte einen Pulverbläser mit langem Hartgummiansatz. Dieser erwies sich aber als unpraktisch, da er die Bolus nicht in alle Winkel und Buchten der Scheide zu bringen erlaubte, und außerdem durch das spitze Ende des Hartgummiansatzes gelegentlich Verletzungen gesetzt wurden. Da die Kanüle bis dicht vor den Introitus vaginae gebracht werden muß, kann es bei brüsken Bewegungen unruhiger Säuglinge zu Läsionen kommen. Zweckmäßiger ist daher der Nassauersche „Siccator". Er gestattet, die Scheide gehörig aufzublasen und zugleich abzuschließen, so daß der Bolusstaub nicht entweichen kann. Die Bolusinsufflation geschehe so häufig wie möglich. Jeden zweiten oder dritten Tag entferne man durch eine Spülung mit Kaliumhypermanganat- oder 2 %ige Wasserstoffperoxydlösung die trockenen Borken. Jeder Zusatz eines Medikamentes zur Bolus unzweckmäßig und ist überflüssig, wie vielfache Versuche belehrt haben.

Am geeignetsten ist die Verwendung sterilisierter Tonerde. Es ist von Zweifel darauf hingewiesen worden, daß die Bolus möglicherweise Tetanusbazillen beherbergen kann. Bei der Verwendung von Bolus als Nabelrestverband kamen in Leipzig einige Tetanusfälle zur Beobachtung, die Zweifel vermutungsweise auf verunreinigte Bolus alba zurückführt. Aber die in Drogerien usw. käufliche Tonerde kann auch anderswie verunreinigt sein, wie ein Vorkommnis in der Poliklinik bewies. Eine Gonorrhöe verschlimmerte sich unter Bolusbehandlung so außerordentlich, daß K. das alte „primum non nocere" schwer aufs Gewissen fiel. Die Ursache lag jedoch in der Natur der verwendeten, in einer Medizinaldrogerie gekauften, nicht sterilisierten Bolus. Es war ein gelblich-schwarzes, sich klebrig anfühlendes Pulver, das mit Bärlappmehl und Sand stark verunreinigt war. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit, nur ein einwandfreies und völlig trockenes, am besten sterilisiertes Präparat zu verwenden.

Kurz hinweisen möchte K. endlich auf einige therapeutische Verwendungsformen des Kohlensäureschnees, die noch nicht in weiteren Kreisen bekannt zu sein scheinen. Auf Veranlassung von Prof. Czerny verwendet K. den Kohlensäureschnee mit gutem Erfolge zur Entfernung üppiger Granulationen und bei subkutanen Tuberkuliden. Granulationen aller Art, speziell solche an der Mündung tuberkulöser Fisteln heilen unter Kohlensäurevereisung mindestens ebenso schnell ab als wie bei Verätzung mit Arg. nitricum. Auch ist diese Behandlung wesentlich schmerzloser als bei der Paquelinisierung bzw. dem Kurettement mit dem scharfen Löffel. Besonders schnelle und in kosmetischer Hinsicht schöne Erfolge sah K. bei subkutanen Tuberkuliden.

Die Schmerzen der Verätzung des tuberkulösen Unterhautfettgewebes sind nicht groß bzw. halten nicht lange an.

Günstige Objekte für die Behandlung sind nur die kutanen oder subkutanen leicht zugänglichen Tuberkulide. Weniger z. B. tuberkulöse Halsdrüsen. Hier dauert die Behandlung wesentlich länger und ist, da man energisch verätzen muß, recht schmerzhaft.

Für kleinere Teleangiektasien ist die Verödung der Gefäßschlingen mit Kohlensäure ein ideales und gefahrloses Verfahren, dem besonders messerscheue Eltern ihre Kinder gern unterwerfen lassen werden. Die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dauer der Applikation darf hier aber keine so protrahierte sein: 1 Minute ist die Höchstzeit. Schließlich ist zu bedenken, daß die Reaktion der Epidermis auf den Kohlensäureschnee eine außerordentlich individuell verschiedene ist und man diese lieber vorher einer Prüfung unterwirft, indem man mit nur 10—15 Sekunden Dauer beginnt. Die Wiederholung der Gefrierung geschieht bei Naevus flammeus alle 7—14 Tage, bei tuberkulösen Fisteln und bei Granulationen kann man jeden 4. und 5. Tag vereisen. Grätzer.

Thiemich (Magdeburg), Die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 45.) **J. Hoppe** (Uchtspringe), Das gleiche Thema. (Ebenda.) Vorträge, gehalten auf dem IV. Internat. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke. In dem Sitzungsbericht (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 42) heißt es:

Th. bespricht die Ernährungsstörungen der Säuglinge, Rachitis, bei der sich Flexibilitas cerea finde, Spasmophilie, Eklampsie, Epilepsie, exsudative Diathese. — H. hebt hervor, daß der Prozentsatz der erblichen Belastung für Idiotie und Epilepsie geringer sei, als man angenommen habe, ätiologisch kommen in Betracht Ernährungsstörungen (Rachitis) und Infektionskrankheiten; als höher habe sich der Prozentsatz der hereditären Lues ergeben. In Uchtspringe werden unter Ehrlichscher Behandlung lebenskräftige Kinder syphilitischer Mütter herangezogen. Grätzer.

H. Seidel, Fremdkörperextraktion aus der Lunge. (Aus der Chirurg. Abteilung des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt.) (Ebenda.) Der Fall von Fremdkörperaspiration, über den S. berichtet, ist ein Beispiel für die nicht zu selten sich wiederholende Beobachtung, daß gerade in diesen Fällen die Diagnose lange Zeit verfehlt wird, trotzdem die Anamnese eigentlich auf sie hinführen müßte. Dann aber ist er auch interessant wegen der Tatsache, daß der Fremdkörper mehr als 5 Jahre nach der Aspiration bronchoskopisch entfernt werden konnte.

S. demonstrierte den Fall in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden (15. Januar 1910). In dem Bericht (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 24) heißt es:

Demonstration der jetzt 11jährigen Patientin, die vor 5 Jahren einen Bildernagel verschluckte. Erkrankte einige Wochen später an einer schweren Bronchitis mit hohem Fieber, die etwa 4 Wochen anhielt, dann an einer rechtsseitigen Pneumonie mit exsudativer Pleuritis. Im Anschluß daran trat intermittierendes Fieber mit Spitzen bis zu 41° auf. Patientin kränkelte seitdem, bekam fötiden Auswurf und kam immer mehr herunter. Ein Zusammenhang des Leidens mit dem Fremdkörper wurde von ärztlicher Seite, auch nach Röntgenaufnahme immer wieder abgelehnt. Erst vor einem Monat wurde diese Annahme von ärztlicher Seite wieder aufgenommen und das Vorhandensein des Nagels in der rechten Lunge röntgologisch nachgewiesen. Die Untersuchung der Lungen ergab rechts hinten unten

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dämpfung, Brochialatmen und großblasiges Rasseln. Es bestand reichlicher fötider Auswurf. Vortr. entfernte dann nach Tracheotomie den Fremdkörper bronchoskopisch. Dabei entleerte sich ein mächtiger Abszeß. Seit der Operation besteht kein Fieber mehr, Allgemeinbefinden und Körpergewicht hoben sich rasch. Über der rechten Lunge finden sich die Zeichen einer Kaverne, doch sind die Rasselgeräusche schon spärlicher geworden. Die günstigen Erfolge der Bronchoskopie bei Fremdkörpern (86 % Heilungen) sind um so erfreulicher, als die Chancen einer Operation von außen her sehr gering sind. Vor kurzer Zeit aspirierte Fremdkörper sind relativ leicht zu entfernen. Später erschweren die umgebenden Granulationen die Extraktion. Killian brauchte in einem Falle, wo die Aspiration 8 Jahre zurücklag, zu der Entfernung 10 Sitzungen zu 2 Stunden.

Diskussion. Sommer hat den letzterwähnten Fall, in dem die Verhältnisse sehr schwierig waren, in Freiburg gesehen. Es war ein Tapezierer, der bei der Arbeit einen epileptischen Anfall bekommen und dabei einen Nagel verschluckt hatte. — Huck teilt als Kuriosum folgende Beobachtung mit. 1886 wurde ihm ein 10jähriger Knabe mit furchtbarem Husten zugeführt, der einen Schweinszahn aspiriert haben sollte. Auf Apomorphininjektion erfolgte heftiges Erbrechen, mit dem auch der Zahn ausgehustet wurde. — Seidel (Schlußwort): Die letzte Art der Entfernung birgt große Gefahren und ist heute nicht mehr anzuraten. Grätzer.

R. Graupner (Dresden), Multiple Neurome im Kindesalter. (Ebenda.) Was den klinischen Verlauf anlangt, so ist zu bemerken, daß das Kind, dessen Familienanamnese in keiner Beziehung etwas Belastendes ergab, sich normal entwickelt und mit Schluß des ersten Lebensjahres laufen gelernt hatte. 14 Tage vor der Aufnahme in die Kinderheilanstalt war es ohne Fieber, Erbrechen oder sonstige Allgemeinerscheinungen mit motorischer Unruhe, leichten Zuckungen, Schmerzen bei passiven Bewegungen des Körpers und Andeutung von Opisthotonus erkrankt. Letzterer steigerte sich während des 12 tägigen Krankenhausaufenthaltes fortwährend bis zu enormer Höhe. Es trat rechtsseitige Fazialislähmung und reaktionslose Erweiterung der rechten Pupille auf. Unregelmäßige Fieberbewegungen waren wohl auf eine Pneumonie der rechten Lunge zu beziehen.

Die wiederholt ausgeführte Lumbalpunktion ergab stets eine unter mäßigem Druck stehende klare Flüssigkeit ohne jedes Sediment; die davon angelegten Kulturen blieben jedesmal steril.

Höchst auffallend war, daß trotz der Schwere der Erscheinungen das Bewußtsein bis in die letzten Krankheitstage gänzlich ungetrübt war. Es fehlten auch alle anderen Erscheinungen erhöhten intrakraniellen Drucks, Erbrechen, Pulsverlangsamung und Obstipation. Wegen des hauptsächlich das Bild beherrschenden Opisthotonus sah man sich trotzdem zu der Diagnose Meningitis veranlaßt. Die nähere Natur derselben blieb während des Lebens unklar.

Die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes waren also: ganz abnorm heftige Reizerscheinungen bzw. Lähmungserscheinungen der Nervenwurzeln bei auffallend freiem Sensorium und ohne sonstige Zeichen erhöhten Hirndrucks.

Ähnliche Symptome können durch chronische basale Meningitis luetischen oder tuberkulösen Ursprungs hervorgebracht werden, be-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sonders durch die chronische Leptomeningitis in der Nähe basal gelegener Solitärtuberkel des Gehirns. Wie man sieht, können auch echte Neubildungen an den Nervenwurzeln differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Einen sicheren Anhalt hierfür könnte allerdings nur das gleichzeitige Bestehen äußerlich wahrnehmbarer Geschwülste aus der Gruppe der Neurofibrome, d. h. plexiformer Neurome, weicher Fibrome oder elephantiastischer Wucherungen geben. Grätzer.

H. Krauss (Ansbach), Zur Therapie der Hämophilie. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 46.) Ein sehr gutes gerinnungsbeförderndes Mittel ist artfremdes Serum, wie wir es im Diphtherieserum vor uns haben; 1—2 ccm desselben vermögen sehr Gutes zu leisten, wie K. an 2 Brüdern, einem 17jährigen und einem 10jährigen Knaben gesehen hat. Grätzer.

H. v. Mettenheimer, Zur kalorimetrischen Bewertung der Säuglingsnahrung. (Ebenda.) v. M. schreibt darüber:

Das „Kaloriskop"[1]) soll zunächst zur schnellen Orientierung über den Nährwert der verschiedenen Nahrungsgemische dienen, die in der Frankfurter Kinderklinik hauptsächlich zur Anwendung kommen und sich in ihrer Zusammensetzung bewährt haben.

In zweiter Linie bezweckt es, den hiesigen Ärzten in handlicher Form eine kurze Anleitung für die Benutzung der neu zu errichtenden Milchküche (Apotheke) am hiesigen städtischen Krankenhaus zu geben.

Weiterhin wird es aber auch nicht unzweckmäßig sein, wenn sich jeder Arzt, der sich mit Kindern, deren Ernährung und Ernährungsstörungen zu beschäftigen hat, an der Hand dieser kurzen, bequem mitzuführenden Tabellen von dem Nährwert der von ihm empfohlenen Nahrung Rechenschaft gibt.

Wir sind zwar nicht der Meinung, daß man gesunde und noch weniger kranke Säuglinge nach einem gegebenen Zahlenschema aufzuziehen und zu behandeln vermag; wir haben daher auch von der Aufstellung einer künstlichen Normalnahrung für den gesunden Säugling abgesehen. Wir sind aber andererseits von dem großen Wert der von Heubner inaugurierten Methode bei der Ernährung des Kindes durchdrungen, und glauben, daß die allgemeine Anwendung der kalorimetrischen Bestimmung der Nahrung von seiten der praktischen Ärzte zum mindesten die Zahl derjenigen, so häufigen Ernährungsstörungen des Kindesalters herabzusetzen vermag, die infolge der Darreichung zu großer Nahrungsmengen entstehen.

Das „Kaloriskop" besteht aus zwei halbkreisförmigen Zelluloidscheiben, von denen je eine Seite in Sektoren eingeteilt ist, auf denen in verschiedenen, sinnfälligen Farben die einzelnen Nahrungsmittel und ihre Kalorienwerte von 100 zu 100 ccm dargestellt sind. Die andere Seite jeder Scheibe enthält kurzgefaßt die Art der Zubereitung der einzelnen Nahrungsgemische, sowie einige Daten über die Entwicklung und das Wachstum des Kindes, die der Arzt immer zur

[1]) Das Kaloriskop ist zu haben bei der Firma Lud. Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstr. 42. Preis 2,50 Mk.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hand haben muß. Indem man die auf dem freien Rand jeder Scheibe befindliche Zahlenskala durch Drehen an den betreffenden Sektor der anderen Scheibe heranführt, der die gesuchte, durch Farbe und Aufschrift leicht kenntliche Nahrung enthält, kann man sofort die Kalorienzahl der gewünschten Menge dieser Nahrung ohne jede weitere Berechnung ablesen. Zusammengeschoben kann das Kaloriskop in einer Schutzhülle auf die Praxis mitgenommen werden. Grätzer.

A. Schiller (Karlsruhe), Zur Frage der Krampfanfälle während des Keuchhustens. (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 46.) S. beschreibt 4 Fälle, die in ätiologischer Beziehung sich verschieden verhalten und einige Haupttypen der Keuchhustenkrämpfe darstellen.

In Fall I handelt es sich sehr wahrscheinlich (elektrische Untersuchung mußte aus äußeren Gründen unterbleiben) um eine latente Tetanie mit Fazialisphänomen bei noch nicht abgelaufener Rachitis, und diese gab die Grundlage ab, auf der sich unter dem Einflusse des Keuchhustens die Eklampsie entwickelte. Dieser Fall stellt wohl die häufigste Form der Keuchhustenkrämpfe dar. Der prompte Erfolg der gegen die spasmophile Diathese gerichteten Therapie: Rizinus, Teediät, dann milchlose Ernährung und Phosphorlebertran neben symptomatischer Bekämpfung der Krampfanfälle trotz Fortdauer der Pertussis spricht ebenfalls für die Tetanie als ätiologisches Hauptmoment in diesem Falle.

Dagegen bedeuteten in Fall II die Krämpfe, die zu dem Keuchhusten, übrigens ohne deutlichen Zusammenhang mit den Hustenanfällen, hinzutraten, offenbar nur ein zufälliges Zusammentreffen und stellen sich als Fieberkonvulsionen dar, wie wir sie zumal bei neuropathischen Kindern im Beginne fieberhafter Erkrankungen so häufig zu sehen gewohnt sind, und die in diesem Falle durch den Ausbruch schwerer Varizellen mit Otitis media bedingt waren. Antifebrile Maßnahmen, kalte Wickel und Aspirin führten hier in kürzester Frist zum Verschwinden der Krampfanfälle. Die Tatsache, daß es sich um ein Kind jenseits des Säuglingsalters handelte, das hohe Fieber und eine palpable Ursache für dasselbe, gestatteten verhältnismäßig leicht die Diagnose dieser relativ wohl harmlosesten Form von Krämpfen beim Keuchhusten.

Sehr interessant lagen die Verhältnisse bei Fall III. Hier kam es zwar nicht zu allgemeinen Konvulsionen, sondern nur zu Asphyxie, offenbar durch Laryngospasmus bedingt. Die Erstickung trat aber nicht während des Hustenanfalls nach den ersten Hustenstößen auf, sondern bildete direkt ein Äquivalent eines Hustenanfalls. Man mußte das Kind unausgesetzt beobachten, da man, wenn der Anfall kam, gar nichts davon hörte, sondern ihn nur aus der plötzlichen Zyanose ersehen konnte. Bei den ersten Anfällen, die das Kind vor S.s Eintreffen hatte, soll übrigens ein inspiratorisches Larynxgiemen zu hören gewesen sein. Bei diesem 3 wöchigen Brustkind als Ursache des Laryngospasmus eine latente Tetanie annehmen zu wollen, scheint entschieden gezwungen und unberechtigt. Hier handelte es sich wohl darum, daß der primäre, den Husten einleitende Glottisverschluß nicht gesprengt wurde und als tonischer Krampf der Glottisschließer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fortdauerte. Übrigens funktionierte an einzelnen Tagen zwischen den Erstickungsanfällen der Hustenmechanismus völlig normal. Dieser Fall scheint ein Paradigma einer echten Keuchhustenkomplikation zu sein, ohne daß der Hinzutritt einer zweiten Krankheit oder das Vorhandensein einer spasmophilen Diathese mit im Spiele war. Die Ursache dieser Abart des Keuchhustens, die besonders bei sehr jungen Kindern beobachtet worden ist, aber nach den Angaben der Lehrbücher ziemlich selten zu sein scheint, ist noch dunkel. Leider war die Erlaubnis zur Sektion nicht zu erhalten.

Der IV. Fall bietet deshalb besonderes Interesse, weil er die von Ibrahim hervorgehobene Gefährlichkeit der Heubnerschen Senfpackungen beim Keuchhusten, die sich auch S. sonst in geeigneten Fällen als ein vorzügliches therapeutisches Mittel erwiesen haben, illustriert. Nachmittags um 4 Uhr wurde wegen beginnender Bronchopneumonie der Senfwickel appliziert, abends um 10 Uhr begannen die schweren, Schlag auf Schlag sich folgenden eklamptischen Anfälle, die trotz tiefer Chloralnarkose bis zum Exitus fortdauerten. Ob in diesem Falle eine latente Tetanie vorgelegen hat, ist mangels elektrischer Untersuchung nachträglich nicht zu entscheiden. Jedenfalls hat der Eintritt der Bronchopneumonie den ersten Anstoß zur Temparaturerhöhung gegeben, und die Senfpackung unterstützte die Wärmestauung, die offenbar als solche das auslösende Moment für die Krämpfe war.

Will man die 4 Fälle für die Frage der Ätiologie der Krämpfe im Verlaufe des Keuchhustens verwerten, so beweist zunächst der Fall III mit Sicherheit, daß keineswegs alle diese Krämpfe auf dem Boden einer latenten Tetanie zu erwachsen brauchen. Daß dies andererseits wohl in der Mehrzahl der Fälle zutrifft, daß also die Pertussis für sich allein schon bei vorhandener spasmophiler Diathese schwere Eklampsieanfälle auszulösen vermag, lehrt Fall I, wie auch die Fälle II und IV nichts dagegen beweisen. Aber diese beiden letztgenannten Beobachtungen lassen auch die Möglichkeit zu, daß, wie schon die erhöhte psychische Reizbarkeit vieler Keuchhustenkinder beweist, die Pertussis an sich schon einen Zustand erhöhter Erregbarkeit des Zentralnervensystems schafft, der beim Auftreten erhöhter Körpertemperaturen, wie in Fall II durch die Varizellen mit Otitis media purulenta oder in Fall IV durch die Bronchopneumonie und verstärkt durch die Senfwasserpackung, gelegentlich wohl auch für sich allein ohne ein solches Hilfsmoment, wie Fall III beweist, zu Krampfkatastrophen, teils im Anschluß an die einzelnen Hustenattacken, teils unabhängig von ihnen, zu führen vermag. Grätzer.

J. Ibrahim, Die Verwendbarkeit des Urotropins zur Behandlung der serösen und eitrigen Meningitis, speziell des Kindesalters. (Aus dem Gisela-Kinderspital in München.) (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 48.) Cushing und Crowe haben gezeigt, daß Urotropin bei internem Gebrauch auch in die Zerebrospinalflüssigkeit übertritt und dort antiseptische Wirkung entfaltet. Sie haben die Anwendung dieses Mittels bei drohender oder bestehender Meningitis empfohlen und besonders betont, daß es als prophylaktisches Mittel bei Hirnoperationen gute Dienste leistet.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Mitteilung der amerikanischen Autoren hat bisher wenig Beachtung gefunden. Sie schien I. nicht nur für den Chirurgen von großer Bedeutung zu sein, sondern auch für den Internisten, speziell den Kinderarzt. Sind doch die verschiedenen Formen der Meningitis bei Kindern besonders zahlreich und die Mittel, die uns zur Bekämpfung dieser Krankheiten zu Gebote stehen, bisher sehr wenig befriedigend, so daß jede Bereicherung unseres therapeutischen Könnens auf diesem Gebiet freudigst zu begrüßen wäre.

Von diesem Gesichtspunkt aus hielt I. es für wichtig, die Angaben von Crowe an Kindern nachzuprüfen und in geeigneten Fällen therapeutische Versuche anzustellen.

Aus den Versuchen, die I. anstellte, zieht er folgende Schlüsse:

1. Nach innerlicher Darreichung von Urotropin ließ sich bei Säuglingen stets in der Zerebrospinalflüssigkeit Urotropin nachweisen; dagegen fiel die Jorissensche Formaldehydprobe stets negativ aus.

2. Urotropin, in Zerebrospinalflüssigkeit gelöst, spaltet beim Stehen im Brutschrank (bei 37—38°) Formaldehyd ab.

3. Urotropin entfaltet auch in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Körpertemperatur keimhemmende Wirkungen. In geringem Grade sind solche Wirkungen auch in der Zerebrospinalflüssigkeit nach therapeutischen Dosen nachweisbar.

4. Auf Grund dieser Tatsachen erscheint es gerechtfertigt, bei allen Formen der serösen und eitrigen Meningitis therapeutische Versuche mit Urotropin anzustellen.

Die nichttuberkulöse Meningitis ist eine nicht gerade häufige Krankheit und so hatte I. selbst leider nur dreimal im Verlauf der letzten zwei Jahre Gelegenheit zu therapeutischen Versuchen mit Urotropin.

Alle drei Kinder litten an eitriger Meningitis, deren Erreger bei zwei Fällen sicher, beim dritten mit größer Wahrscheinlichkeit der Meningococcus intracellularis war. Zwei Kinder waren drei Monate, das dritte $2^1/_4$ Jahre alt. Die täglichen Urotropingaben betrugen bei den Säuglingen 0,5—1,5 g, bei dem älteren 2,5 (5 mal tägl. 0,5). Alle drei Kinder wurden geheilt; bei dem einen entwickelte sich ein postmeningitischer Hydrozephalus.

Es ist nicht angängig, aus der Heilung dieser drei Fälle irgend welche Schlüsse zu ziehen. Denn wir wissen zur Genüge, daß gerade die Meningokokkenmeningitis auch sonst oft genug zur Heilung kommt. Außerdem aber wurde in den drei Fällen das Urotropin neben anderen therapeutischen Maßnahmen angewandt; alle drei Kinder wurden mit heißen Bädern und mehrfach wiederholten Lumbalpunktionen behandelt, das größere Kind erhielt außerdem intradurale Injektionen von Kolle-Wassermannschem Meningokokkenserum (sieben Injektionen). Grätzer.

A. Hildebrandt, Die Verpflanzung des Musculus biceps femoris zur Hebung pathologischer Außenrotation des Oberschenkels bei spinaler Kinderlähmung. (Aus der chirurg.-orthopäd. Heilanstalt von Dr. Blumenthal und Prof. Hildebrandt.) (Therap. Monatshefte. November 1910.) Im Gefolge der spinalen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kinderlähmung findet sich häufiger eine pathologische Außenrotation, deren Beseitigung eventuell große Schwierigkeiten macht. H. hat in einem solchen Falle die Sehne vom langen Kopfe des Biceps femoris auf die Innenseite des Unterschenkels unweit der Tuberositas tibiae verpflanzt und durch diese einfache Operation eine wesentliche Besserung des Ganges erzielt und auch — was besonders bemerkenswert ist — zugleich eine wesentliche Besserung der Zirkulation des Gliedes erreicht, die auch subjektiv durch Beseitigung des unangenehmen Kältegefühls in die Erscheinung trat.

Die Operation fand bei dem 4jährigen Knaben am 7. September statt.

Mit jener Besserung der Blutzirkulation im Bein hängt wohl zusammen, daß die noch funktionsfähigen Muskeln auffallend an Umfang zugenommen haben, ein Umstand, den sogar die Eltern bemerkten.

Wodurch ist nun die Aufhebung der venösen Stase des Gliedes, die sich auch durch das Aussehen dokumentierte, hervorgerufen? Wir wissen, von welcher Wichtigkeit für die Blutzirkulation die Funktion der Muskeln, ihre abwechselnde Kontraktion und Erschlaffung ist. Nun hat H. in obigem Falle offenbar die kräftige Sehne des Bizeps über die großen Gefäße des Oberschenkels unweit ihrer Durchtrittsstelle durch den Adductor magnus gelagert. Das Muskelspiel, das ja schon in den ersten Tagen nach der Operation beginnen konnte, da der Verband den Ursprung des Bizeps nicht fixierte, wirkte mächtig auf die Vene ein, so daß sie abwechselnd komprimiert und wieder freigelassen wurde. Hierdurch wurde der venöse Abfluß, der vorher sehr langsam vor sich ging, unzweifelhaft bedeutend gefördert. Weiter kommt noch in Betracht, daß H. eine gänzlich ausgefallene Muskelfunktion, die Innenrotation des Beines, wieder hergestellt hatte. Bei der Auswärtsdrehung und Streckung des Oberschenkels liegen die Wände der Vena femoralis in der Leistenbeuge aufeinander. Ist dies immerwährend der Fall, so wird dadurch natürlich der Abfluß des Blutes aus dem Beine erschwert. Dadurch, daß auch eine Innenrotation wieder ermöglicht ward, ist eine wechselnde Füllung und Entleerung der Vene gewährleistet.

H. gedenkt in einem geeigneten Falle späterhin den Versuch zu machen, eine solche Wirkung, die er hier ungewollt hervorrief, durch eine entsprechende Lagerung der Vene inmitten leistungsfähiger Muskulatur zu erzielen.

Die Heilung nahm nach der Operation einen befriedigenden Verlauf, so daß das Kind nach 5 Wochen aus der Klinik entlassen werden konnte. Es wurde dann von seinem Arzte massiert und elektrisiert. Am 17. Juli konnte H. den Knaben wieder untersuchen und feststellen, daß der lange Kopf des Bizeps in dem gewünschten Sinne als Einwärtsdreher des Beines wirkt. Beim gewöhnlichen Gange hält das Kind das Glied in derselben Rotationsstellung wie das gesunde; beim Laufen dagegen wird das Bein noch stark nach außen gedreht.

Vielleicht wird sich das hierdurch ausgesprochene, noch existierende Übergewicht der Außenrotation durch eine Verpflanzung des Bizeps auf den Oberschenkel völlig ausgleichen lassen. H. wird dann so vorgehen, daß er die Sehne durch den Adductor magnus hindurch-

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zieht und auf die Vorderseite des Oberschenkels verlagert. Hierdurch muß noch eine stärkere Innenrotation erzielt werden. Man schaltet dadurch zugleich die Beugewirkung auf den Unterschenkel aus. Wenn auch die Gefahr, daß durch die einseitige Beugung auf der Innenseite ein Genu varum entsteht, nur gering ist, da ja noch der kurze Kopf des Bizeps außen liegt, so ist sie immerhin bei wenig widerstandsfähigen Gelenken und Knochen vorhanden. Grätzer.

Einhorn (New York), Über Magenerweiterung und chronische gutartige Ischochymie. (Arch. f. Verdauungskrankheiten mit Einschluß der Stoffwechselpathologie u. Diätetik. Bd. XVI. Heft 5.) Die gutartige chronische Ischochymie kann bedingt sein durch 1. wirkliche Pylorusstenose, a) Pylorushypertrophie, b) narbige Pylorusstriktur, 2. Pylorusspasmus, a) idiopathischen, b) reflektorischen, durch Geschwüre (im Pylorus, Magen oder Duodenum) bedingt, oder durch entferntere Erkrankungen wie Gallensteine usw. ausgelöst, 3. eine wirkliche Schwäche der Magenmuskulatur.

Zu dieser Gruppe zählt Verf. auch die kongenitale Pylorusstenose des Säuglings, zu deren Behandlung er in einem Falle folgende, mit eigenem Instrumentarium ausgeführte Methode angewendet hat:

Ein olivenförmiges Metallstückchen von 3 mm Durchmesser und 6 mm Länge wurde an einem Seidenfaden in das Duodenum eingeführt. Über dem Seidenfaden war ein aufblähbarer Katheter eingeführt, der sich etwas oberhalb der Olive zu einem Säckchen erweiterte und an seinem Mundende mit einer Glasspritze zum Lufteinpumpen armiert war. Als sich der Katheter im Duodenum befand, wurde er aufgeblasen. Beim Herausziehen des aufgeblasenen Katheters fand sich am Pylorus eine deutliche Resistenz, die jedoch durch Anwendung mit etwas Zug überwunden wurde. An der Kardia wurde die Luft ausgepumpt, und das Instrument samt Faden und Olive leicht entfernt.

Das Kind, das bei Vornahme des Eingriffes 6 Wochen alt war, brach in den ersten 14 Tagen nach der Operation wenig und nahm an Gewicht zu. Nach weiteren 14 Tagen wurde der Eingriff wiederholt, und zwar mit gutem Resultat.

Verf. glaubt, daß seine Methode in besonders ausgewählten Fällen, speziell von Pylorospasmus durch Magengeschwür oder entfernte Reflexe von Wert sein wird. Nothmann (Berlin).

Czyhlarz (Wien), Beitrag zur Lehre von der Enteritis membranacea. (Arch. f. Verdauungskrankheiten. Bd. XVI. Heft 5.) Die Krankheit schloß sich in den 4 mitgeteilten Fällen an einen Typhus abdominalis an. Dagegen fehlten in der Anamnese die sonst fast konstant angegebene Nervosität und Obstipation.

Nothmann (Berlin).

W. Haberfeld und **F. Spieler**, Zur diffusen Hirn-Rückenmarksklerose im Kindesalter. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1910. Bd. XL. Heft 5 u. 6.) Pathologisch-anatomisch handelte es sich in den beiden mitgeteilten Fällen um eine diffuse Sklerose in Hirn und Rückenmark. Klinisch verliefen die Fälle folgendermaßen: Fall I. Ein vorher vollkommen gesunder Knabe mit neuropathisch belastender Familienanamnese erkrankt ohne nachweisbares Trauma, ohne

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nachweisbare Lues im 6. Lebensjahre unter stetig und ziemlich rasch fortscheitendem schweren psychischen Verfall zunächst nur mit Augenmuskel- und Sehstörungen sowie anfallsweisen, von allgemeinen Schweißausbrüchen begleiteten — meist nächtlichen — Kopfschmerzen. Erst 4 Monate später setzen Motilitätsstörungen ein in Form von rasch zunehmenden spastischen Extremitätsparesen, die alsbald zum vollständigen Verlust aktiver Beweglichkeit führen und mit einem hochgradigen, durch passive Bewegungsversuche außerordentlich gesteigerten Rigor der gesamten Körpermuskulatur verbunden sind. Störungen der Pupillenreaktion, des Schluckaktes, Blasen-Mastdarmstörungen, vasomotorische Störungen, Anfälle allgemeiner schmerzhafter Streckkrämpfe, die später in klonische Schüttelkrämpfe ausklingen, Verlangsamung der Schmerzleitung, Ataxie und eigentümlicher Intentionstremor charakterisieren den weiteren Verlauf des Krankheitsbildes, das schließlich zum Verlust aller Sinnesfunktionen, zu zentraler Taubheit, Blindheit und Aphasie — kurz zur Ausschaltung des Kortex in weitem Umkreise — und schließlich unter ebenso schwerem körperlichen wie geistigen Verfall im Anschluß an multiple Lobulärpneumonien zum Exitus führt. Fall II. Ein 3jähriges hereditär luetisches Kind bietet neben allgemeiner schwerer Rückständigkeit seiner körperlichen und geistigen Entwicklung vollständige Unfähigkeit zu sitzen, zu stehen oder zu gehen, hochgradigen Hydrozephalus, Strabismus convergens, Narben nach Keratitis parenchymatosa, genuine Atrophie beider Nn. optici, dann schwere Kolizystitis, Exitus.

Ergebnis aus den Untersuchungen der Verff.: Diffus sklerosierenden Prozessen des Zentralnervensytems können klinisch ganz verschiedenartige Krankheitsbilder zugrunde liegen, unter denen sich die diffuse Hirn-Rückenmarksklerose im engeren Sinn (Strümpell-Heubner) durch einen ziemlich prägnanten klinischen Symptomenkomplex scharf abhebt. Derselbe ist hauptsächlich charakterisiert durch einen rasch progredienten geistigen Verfall und einen eigentümlichen spastischen Zustand der gesamten Körpermuskulatur (wie in Fall I). Andererseits kann sich eine diffuse Sklerose des Zentralnervensystems auch als zufälliger Befund ergeben bei der Obduktion eines uncharakteristischen Krankheitsbildes, wie es in Fall II ein hereditär luetischer Idiot mit zerebralen Paresen zeigt. Grob anatomisch ist die diffuse Sklerose charakterisiert durch eine lederartige Konsistenz und eigentümliche Verfärbung der Markmasse des Gehirns, die sich histologisch als Schwund der nervösen Substanz (das Primäre) und Wucherung des interstitiellen Gewebes (das Sekundäre) kundgibt. Im Anschluß an den oft sehr destruktiven Gehirnprozeß kommt es zu einer sekundären Degeneration der Pyramidenbahnen. Der sklerosierende Prozeß kann (wie in Fall I) bei einem vorher ganz normalen Individuum plötzlich einsetzen und zeigt dann auch histologisch die Charaktere eines akut fortschreitenden Destruktionsprozesses, oder er kann (wie in Fall II) angeboren intrauterin entstanden sein und dann alle Zeichen der Progredienz vermissen lassen. Ätiologisch scheinen vor allem Lues, Alkoholismus, Schädeltraumen, akute Infektionskrankheiten, hereditär neuropathische Belastung eine Rolle zu spielen.

Kurt Mendel (Berlin).

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wicherkiewicz, Über einen seltenen Fall von Anophthalmus congenitus mit Lidzysten. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Februar 1910.) Verf. hat in seiner über 30jährigen Augenpraxis verschiedene Fälle von Kongenitalanophthalmus beobachtet und dabei feststellen können, daß es sich in einigen davon um vollständigen Mangel des Bulbus handelte und nicht etwa um extremen Mikroophthalmus. Darunter befanden sich solche, bei denen gleichzeitig Lidzysten vorhanden waren. Stets repräsentierte der Zysteninhalt eine klare, seröse, leicht ins Gelbliche spielende Flüssigkeit, ohne wesentliche morphotische Bestandteile.

In dem nun jetzt beobachteten Falle war der Inhalt der Zysten von einer Fülle und Beschaffenheit, wie man ihn wohl bislang nicht gefunden. Verf. vermutet auf Grund genauest angestellter chemisch-analytischer Untersuchungen, daß es sich in dem vorgefundenen Pigment um eine Provenienz von Retinalpigment handle, was einen Ausblick auf genauere genetische Deutung der Zysten abgeben würde.

Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

L. v. Mayersbach, Ein Fall von gleichzeitiger Entzündung des Blinddarmes und des Meckelschen Divertikels. (Aus der chirurg.-orthopäd. Abteilung der Universitätsklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 47.) Bleibt der Gang innerhalb des Abdomens als frei beweglicher Strang bestehen, so kann er vielfach, ohne Beschwerden zu erregen, während des ganzen Lebens verborgen bleiben. Als adhärent querverlaufender Strang aber bietet er leicht Gelegenheit zu Komplikationen der Darmbewegung und kann zu Strangulation und Achsendrehung von Darmschlingen führen. So fand Thuner unter 10360 Sektionen 81 Fälle von Persistenz des Dotterganges, und darunter eine große Reihe, 360 Fälle, wo es zu pathologischen Veränderungen auf dieser Basis kam, sowie zum Teil mit anderweitigen Bildungsstörungen, wie Hasenscharten und so weiter vergesellschaftet waren. Strangulationserscheinungen beschreiben in den letzten Jahren: Panshet, Fehre, Dreifuß, Turner, Rostowzew, Finkelstein, Lenander, Sljablow, Saitz u. a. m.

Eine zweite Möglichkeit der Veränderung ist die Stieldrehung des Meckelschen Divertikels selbst. Die Folgen sind natürlich Stauung des Blutes in der Wand, Stauung des Divertikelinhaltes, im weiteren Nekrose und Perforation mit nachfolgender Peritonitis. Seltener ist die Entzündung und der Durchbruch des Divertikels selbst analog einer Appendizitis oder gar mit einer solchen vergesellschaftet (Gebele, Brentano).

Ähnlich wie bei der Blinddarmentzündung können Katarrhe, infektiöse Prozesse, schließlich Fremdkörper, zu denen M. auch die Eingeweidewürmer zählen möchte und die beim Kinde einen nicht zu unterschätzenden Entzündungserreger bilden, sei es, daß sie durch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

irgendwelche toxische Eigenschaften die Darmschleimhaut schädigen, sei es, daß sie mechanisch durch Druck den leicht verletzlichen Darm reizen, Anlaß geben zu einer Schwellung der Schleimhaut in den Follikeln, zu embolischen Veränderungen und schließlich zu Nekrose mit Durchbruch ins Peritoneum.

Einen ähnlichen Fall konnte M. beobachten.

Ein $1^3/_4$ Jahre altes gut genährtes Kind, ohne welche Mißbildungen, das seit einigen Monaten an Askariden litt, erkrankte plötzlich mit Symptomen einer akuten Blinddarmentzündung, Brechen und Schmerzhaftigkeit in der rechten Bauchseite, reflektorische Muskelspannung. Fieber 38,5°, frequenter Puls. Perkussorisch ließ sich in der Ileozökalgegend bis gegen das kleine Becken zu eine Dämpfung, palpatorisch ein Tumor mit undeutlicher Begrenzung nachweisen. Die Fingeruntersuchung per rectum ließ ein strangartiges Gebilde tasten, das für den entzündeten Blinddarmfortsatz angesprochen wurde.

Diagnose: Appendicitis perforativa. Es wurde sofort zur Operation geschritten. In leichter Äthernarkose wird das Abdomen pararektal unter Schonung des zum Rektus hinziehenden querverlaufenden Nervenastes in einer Ausdehnung von ca. 4 cm etwas unter Nabelhöhle eröffnet. Die sich vorwälzenden Dünndarmschlingen sind düster rot gefärbt und an ihrer Oberfläche von fibrinösen, zum Teil schwer abziehbaren Fetzen belegt. Zwischen den Schlingen und im kleinen Becken findet sich eine trübe Flüssigkeit, in der sich bakteriologisch Gram-positive Diplokokken, polynukleäre Leukozyten sowie große und kleine Lymphozyten, aber keine Darmflora nachweisen lassen. Der in der rechten unteren Bauchseite liegende Tumor ist eine kompakte, kinderfaustgroße Geschwulst, die mit mehreren breiten Adhäsionen an die umliegenden Schlingen und an die vordere Bauchwand angelötet war.

Über diese Geschwulstmasse lag quer, T-förmig gelagert, eine Dünndarmschlinge, die die ersten Zeichen einer beginnenden Strangulation darbot.

Nach Freilegung der Geschwulst erwies sich dieselbe als das kolossal verdickte Ende eines freien — wenn man von den sekundären Verwachsungen absieht — Meckelschen Divertikels. Am unteren Ende desselben fand sich eine gangränöse, der Perforation nahe Stelle. Die Geschwulst wurde an ihrer Insertionsstelle am Ileum abgeklemmt und abgetragen, der Stumpf mittels fortlaufender Muskularis-Serosanaht geschlossen und durch darübergelegte Serosa-Serosanaht geschlossen. Überdies wird über die Nahtstelle ein Netzzipfel durch einige Knopfnähte fixiert. Während der Abtragung konnte man feststellen, wie das Innere des Divertikels mit Askariden vollgepfropft und insbesondere der Ausgang ins Ileum durch einen ganzen Knäuel derselben verlegt war. Hinter und unter dem Tumor befand sich die Appendix als entzündlich geröteter, geschwellter Strang, der scheinbar selbständige wurmförmige Bewegungen machte. Aus ihm konnten die ebenfalls sich darin befindlichen Askariden gegen das Zökum zu ausgestrichen werden. Da der Blinddarm nirgends eine nekrotische Stelle zeigte, wurde wegen der Länge der Operation von einer Exstirpation Abstand genommen. Die Bauchhöhle wurde durch zwei Gazestreifen, von denen der eine zur Leber, der andere ins kleine Becken geführt wurde, nach außenhin drainiert, und die übrige Wunde nach Raffung des Peritoneums mittels der üblichen Achtertouren, die tiefe Faszie und Haut mit einem Faden vereinigen, geschlossen.

Nach der Operation erbrach das Kind massenhaft Askariden, die dann auch im Verlaufe der Krankheit nach Eingabe von Santonin (0,001 3 ×) mit dem Stuhle abgingen. An den folgenden Tagen ist die Temperatur noch eine hohe bis 39,1°, das Abdomen noch aufgetrieben und schmerzhaft, längs der Drainstreifen besteht mäßige Eiterung. Am dritten Tage wurden die Streifen entfernt und die Wunde schließt sich langsum unter Granulationsbildung. Nach dreiwöchigem Krankenlager wird das Kind geheilt entlassen. Der Wundverschluß ist ein guter und fester.

Der Tumor ist an seiner Insertionsstelle am Darm (ca. 1 cm dick) von normaler Beschaffenheit, gegen das periphere Ende aber nimmt die Wand des Tumors beträchtlich an Dicke zu, ist von derber, speckig-sulziger Konsistenz und lichter Farbe. Im Kavum liegt neben dem früher erwähnten Askaridenknäuel noch dicker zäher gelber Eiter, der aus mehreren Abszessen im Innern der Wand seinen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ursprung nimmt. Gegenüber der Einmündung im Ileum ist das Gewebe an seiner dicksten Stelle (ca. 2 cm dick) ungefähr in Haselnußgröße eingeschmolzen und gegen die freie Bauchhöhle zu, fast nur mehr von Serosa abgeschlossen, jedoch noch nicht durchbrochen.

Die histologische Untersuchung ergab den Bestand eines wahren Divertikels mit sämtlichen der normalen Darmschleimhaut zukommenden Attributen, wie Epithelschicht, Muskularis, Lieberkühnschen Krypten und Serosa. Das submuköse Bindegewebe war kolossal verdickt und gewuchert und von zahlreichen Abszessen durchsetzt. Grätzer.

R. Stumpf (Königsberg), Über Icterus neonatorum und Nabeleiterung. (Wiener klin. Rundschau. 1910. Nr. 44—51.) Auf Grund seiner Untersuchung kommt S. zu folgenden Schlüssen:

1. Der Icterus neonatorum beruht nicht auf einer vom Nabel ausgehenden Infektion, denn

a) seine Häufigkeit wird nicht vermindert durch eine, lokale Infektionsprozesse möglichst ausschließende Behandlung des Nabelschnurrestes und der Nabelwunde;

b) er kommt auch vor, wo jede sichtbare Veränderung am Nabel fehlt;

c) die Schwankungen des Körpergewichtes und der Temperatur sind völlig unabhängig vom gleichzeitigen Bestehen eines Ikterus.

2. Der Icterus neonatorum wird ebenso wie die Störungen der Nabelheilung begünstigt durch Zerrung und unzarte Behandlung des Nabelschnurrestes während und nach der Geburt, ganz besonders dann, wenn die mechanischen Insulte zu der Zeit einwirken, in welcher sich die Abstoßung des Nabelschnurrestes vorbereitet.

3. Daraus resultiert die Notwendigkeit einer möglichst schonenden Behandlung des Nabelschnurrestes, die am besten gewährleistet wird durch sofortige Kürzung auf $1^1/_2$ cm und Bestreuen mit einem austrocknenden Pulver, wozu sich sterilisierter Gips vermöge seiner Fähigkeit, die Entwicklung pathogener Mikroorganismen zu verhindern, besonders eignet. Grätzer.

H. Donath, Über die therapeutische Anwendung von Magnesiumsuperoxyd und Kalziumsuperoxyd (Magnodat und Calcodat) bei Kindern. (Aus der Kinderabteilung des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitales in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 48.) D. kommt zu folgenden Schlüssen:

Calcodat: 1. In der entsprechenden Dosis (5 mal 0,5 g täglich) Kindern von 2—12 Jahren verabreicht, bewirkt prompte Stuhlregulierung (Einhalten der Diarrhöen). 2. Calcodat kann auch durch längere Zeit (4 Wochen) kontinuierlich verabreicht werden, ohne irgendwelche schädliche Nebenwirkungen nach sich zu führen, wie z. B. kontinuierliche Anwendung von Aqua calcis. 3. Auch bei kontinuierlicher Anwendung erfolgt keine Gewöhnung an das Mittel. Nach Aussetzen der Medikation hält die normal gewordene Stuhlentleerung an.

Magnodat: 1. In der entsprechenden Dosis (3 mal 1,0 g täglich) verabreicht, bewirkt prompte Stuhlregulierung (Aufhebung der Obstipation). 2. Magnodat kann auch durch längere Zeit kontinuierlich verabreicht werden, ohne Diarrhöen zu verursachen, sowie ohne irgend-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche schädliche Nebenwirkungen nach sich zu ziehen, wie z. B. kontinuierliche Anwendung der Bitterwässer oder von Magnesia usta. 3. Auch bei kontinuierlicher Anwendung erfolgt keine Gewöhnung.

Grätzer.

E. Deutsch, Mitteilungen aus dem Gebiete des Kinderschutzes und der Kinderhygiene. (Verlag des sozialen Museums. 1910. Nr. 10.) 1. Mutterschutz. Verf. bespricht die Wichtigkeit des Kinderschutzes, erläutert dann mit in- und ausländischem statistischen Material die Gefahren der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und führt in Wort und Bild die Maßnahmen vor, die man zur Bekämpfung dieser Übelstände treffen kann. Unter den ungarischen Institutionen hebt er die Tätigkeit des Landesvereins für Mutter- und Säuglingsschutz und die des Volkshauses des V. Bezirkes in Budapest hervor, an deren Leitung er selbst lebhaft teilnimmt. Die gründliche Lösung der Frage sieht er in der auf breiter Basis stehenden Mutterschaftsversicherung. 2. Ursachen der Säuglingssterblichkeit. An der Hand eines reichen, in Tabellen und Graphiken aufgearbeiteten statistischen Zahlenmateriales erläutert Verf. diese Frage und beleuchtet sie von jeder Seite. Der Kampf für die natürliche Säuglingsernährung hat riesige Tragweite, bildet aber im Rahmen der großen sozialhygienischen Fragen nur ein Detail; die Aufbesserung des sozialen Elends, die Hebung des allgemeinen Kulturniveaus sind die Momente, die den Sieg über die exorbitante Säuglingssterblichkeit davontragen werden. 3. Säuglingshospitäler. Verf. schildert den Entwicklungsgang dieser Institution. Bespricht die Wichtigkeit des „service antiseptique de médecine", vertieft sich in die Ernährungsfrage. An der Hand eines reichen Bildermaterials führt Verf. die deutschen und amerikanischen Institute vor. 4. Offene Säuglingsfürsorge. Verf. unterwirft die französischen „gouttes de lait" und „consultations" einer eingehenden Kritik. Der Fehler liegt in der Einseitigkeit dieser Institutionen, die Form der Säuglingsfürsorgestelle, wie sie Verf. vor 10 Jahren in Budapest ausgeführt hat und wie sie jetzt in Deutschland heimisch ist, wäre die Form, die in großem Rahmen durchgeführt, mächtige Erfolge aufweisen könnte. Die hygienische Milchgewinnung und der Betrieb der Budapester Anstalt sind in Wort und Bild dargestellt. 5. Der staatliche und gesellschaftliche Kinderschutz in Ungarn. Das in seiner Großzügigkeit einzig dastehende ungarische Kinderschutzgesetz wird in allen Teilfragen besprochen. Das in seiner Liberalität unerreichte Prinzip des tatsächlichen oder moralischen Verlassenseins der Kinder wird entsprechend gewürdigt. Der mächtigen Arbeit der Landeskinderschutzliga, der Jugendgerichtsbarkeit und der Patronagetätigkeit widmet Verf. warme Worte der Anerkennung. Den Betrieb all dieser Institutionen lernt der Leser durch gute Illustrationen kennen.

Ernö Deutsch (Budapest) (Autoreferat).

G. M. Tuttle, Rumination or Merycism in children. (Pediatrics. Vol. XXII. Nr. 4.) T. beschreibt einen Fall von Wiederkauen, der ein sonst vollständig gesundes 3jähriges Mädchen betrifft. Die Mutter des Kindes ist ebenfalls von demselben Übel behaftet.

Sheffield.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

G. M. Tuttle, Graves Disease in children. (Pediatrics. Vol. XXII. Nr. 4.) Verf. beobachtete ein 7 Jahre altes Mädchen mit Basedowscher Krankheit. Die Kardinalsymptome (Exophthalmus, Kropf, Tachykardie [100—120] und allgemeine Nervosität) waren streng ausgesprochen. Das Herz war nicht vergrößert, ließ jedoch ein deutliches systolisches Geräusch wahrnehmen. Sheffield.

C. D. Scott, Report of Two Cases of Tetanus following Vaccination. (Med. Record. 5. Nov. 1910.) Unter 200 Kindern, die in der Volksschule von St. Louis zu gleicher Zeit geimpft worden sind, bekamen 2 Kinder Tetanus. Da die Lymphe von dem städtischen Gesundheitsbureau herkam und alle anderen Kinder frei von der Infektion blieben, glaubt S. sicher, daß der Tetanusbazillus in die Impfwunde erst einige Tage nach der Impfung eingewandert ist. Die Wunden wurden zu Hause von unsauberen Händen bandagiert, in einem der Fälle sogar von einem Fuhrmann. Sheffield.

J. D. Rolleston, Malignant Diphtheria with multiple lesions in an infant. (The Lancet. 24. Sept. 1910.) Ein Kind, welches von Geburt an ungenügende Nasenatmung erkennen ließ, erkrankte in der 7. Lebenswoche mit Auflagerungen an der inneren Nase, Tonsillen, Mundschleimhaut, Oberlippe und Anus, in denen Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden. Trotz schneller Serumbehandlung trat unter schweren Verdauungsstörungen und Bronchopneumonie der Tod ein. Verf. weist auf das seltene Vorkommen der Diphtherie im ersten Lebensjahre und die Aussichtslosigkeit der Serumbehandlung bei so jungen, widerstandslosen Organismen hin. Max Joseph (Berlin).

Adrien Maune, La chancre syphilitique chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1910.) Auf Grund zahlreicher einschlägiger Beobachtungen bespricht der Verf. die syphilitische Infektion bei Kindern, welche häufig vorkommt und meist extragenitaler Natur ist. Das Säugen, Küsse, Unterkleider und Toilettegegenstände, das Zusammenschlafen mit Erwachsenen, chirurgische Eingriffe, Spielzeug, Notzucht usw. können den Ausgangspunkt der in Rede stehenden Krankheit abgeben. Meist findet man die Initialsklerose im Gesichte, und falls die Krankheit rechtzeitig erkannt wird, vergeht dieselbe rasch und übergeht in das latente Stadium, um oft erst viel später unter sekundärer oder tertiärer Form in Erscheinung zu treten. Die Prognose ist eine viel bessere als die der hereditären Lues. E. Toff (Braila).

Lebègue, Essai sur les anomalies et maladies congénitales des voies lacrymales. (Thèse de Paris. 1910.) Obwohl angeborene Anomalien der Tränengänge nur selten zur Beobachtung gelangen, so ist doch die nähere Kenntnis derselben von Wichtigkeit, um im gegebenen Falle die richtige Therapie einleiten zu können. Angeborener Verschluß der Tränenpunkte oder im Gegenteil, Vermehrung derselben werden beobachtet, ohne aber eine große praktische Bedeutung zu haben. Ebenso auch Anomalien an den Tränengängen, welche man häufiger an den unteren findet, da diese später zur Entwicklung gelangen und die in Rede stehenden Anomalien eine Späterscheinung des intrauterinen Lebens sind.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Viel wichtiger ist der angeborene Verschluß des Tränennasenganges, welcher meist an dem unteren Ende des Ganges sitzt und zur Bildung einer Dakryozystitis beim Neugeborenen führt. Dadurch, daß der Abfluß der Tränen gehindert ist, kommt es zur Entwicklung einer schleimig-eitrigen Entzündung des Tränensackes. Man muß an diese Anomalie denken, falls bei einem Neugeborenen ein langwieriger Konjunktivalkatarrh auftritt, namentlich wenn derselbe einseitig ist und wenn durch Druck auf den Tränensack eine schleimig-eitrige Flüssigkeit entleert wird. In solchen Fällen wird die Heilung durch die Sondierung des betreffenden Ganges, wodurch die Adhärenzen der Schleimhaut gelöst werden und freier Abfluß geschaffen wird, rasch bewirkt, während Augenwässerung und Tropfen die Reizung nur noch mehr verstärken und gar keinen Erfolg haben können.

E. Toff (Braila).

Victoria S. Nicolaescu und **N. I. Nestor,** Die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin in der Schule. (Spitalul. 1910. Nr. 20.) Die Verff. haben in mehreren Normalschulen der Hauptstadt Bukarest die Konjunktivalreaktion auf Tuberkulin bei rund 2000 Kindern geprüft und bei 65—66% einen positiven Ausfall derselben feststellen können. Es folgt hieraus, daß ein großer Teil der betreffenden, im Alter von 7—15 Jahren stehenden Schüler latente Tuberkulose besitzen. Infolge fast vollständigen Fehlens offener Tuberkulosen bei denselben muß angenommen werden, daß die Ansteckung eine familiale ist und wahrscheinlich in der frühesten Kindheit erworben wurde. Dementsprechend müssen auch die prophylaktischen und sanitären Maßregeln sein, die man zur Bekämpfung dieser sozialen Krankheit ergreifen muß. Vor allem sollen in den Schulen durch die erwähnte Konjunktivalreaktion auf Tuberkulin alle latent tuberkulösen Kinder herausgefunden werden, um dieselben dann in zweckentsprechender Weise behandeln zu können, denn die Krankheit in diesem Stadium gibt die besten therapeutischen Erfolge. Hierzu muß eine allgemeine Kräftigung des Organismus durchgeführt werden, gesunde Wohnung für die ärmere Bevölkerung geschaffen, Volksbäder und Schulkantinen kreiert und namentlich der Entwicklung von Ferienkolonien und von Schulen in freier Luft besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

E. Toff (Braila).

H. de Gouvêa, L'hérédité des gliomes de la rétine. (Annales d'oculistique. Jannar 1910.) Die Kenntnis von der Heredität der Gliome der Retina stützt sich bis jetzt nur auf zwei sichere Beobachtungen: die eine betrifft eine Frau, die 28 Jahre zuvor von Hoffmann (Vater) an einem Retinalgliom des rechten Auges operiert, ein Kind hatte, bei dem Hoffmann (Sohn) ein Gliom beider Augen beobachtete; der andere Fall, von Owen mitgeteilt, bezieht sich auf eine Frau, die mit 5 Monaten an einem Gliom der Retina operiert, ein Kind und zwei Enkelkinder mit dem gleichen Leiden hatte. Diesen beiden Fällen fügt Verf. einen dritten hinzu, der um so interessanter ist, als hier der Vater es ist — nicht, wie in den beiden zitierten Fällen, die Mutter —, der die krankhafte Disposition übertragen hat.

Der Autor hatte 1872 Gelegenheit, einen zweijährigen Knaben zu untersuchen und zu operieren, der ein rechtsseitiges Gliom der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Retina hatte; die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung des herausgenommenen Augapfels bestätigt. Das Kind entwickelte sich dann ohne bemerkenswerte Ereignisse. Erwachsen, heiratete er ein junges, von jeder Heredität hinsichtlich Neubildungen freies Mädchen. Aus der Ehe gingen 7 Kinder hervor: während das erste und die 4 letzten normale Augen hatten, hatten das zweite und dritte — 2 Töchter — Gliome. Bei dem einen wurde das Leiden im zweiten Jahr im rechten Auge festgestellt. Einem erfolglosen operativen Versuch folgte, mit einem Rezidiv in der rechten Orbita und einem zweiten Gliom des linken Auges, nach einigen Monaten der Tod; bei dem anderen Kinde wurde die Diagnose schon im Alter von 5 Monaten gestellt. Die Neubildung war doppelseitig, und da jeder Eingriff abgelehnt wurde, ließ der tödliche Ausgang nicht lange auf sich warten. H. Netter (Pforzheim).

Jeanbrau, Incontinence d'urine guérie par l'acidification des urines. (La Province médicale. 1910. Nr. 1.) Verf. stellte in der medizinischen Gesellschaft in Montpellier 3 Fälle von nächtlicher Inkontinenz vor, die durch Ansäuerung des Harns geheilt worden waren. Er hatte neutrale oder alkalische Reaktion festgestellt, Phosphorsäure gegeben und die Inkontinenz war alsbald verschwunden. Diese Behandlungsart ist zwar bereits bekannt, sie wird indes nicht häufig angewendet. Hier das Résumee des einen dieser Fälle: 11jähriger Knabe mit nächtlicher Urininkontinenz seit der Kindheit. 1908 Erweiterung des angeblich engen Meatus, kein Erfolg. Dann Zirkumzision. Die Inkontinenz besteht weiter. Verf. macht 8 bis 10 epidurale Injektionen nach Cathelin: Die Inkontinenz zessiert für die auf die Injektion folgenden beiden Nächte, um dann sich wieder einzufinden. Man untersucht den Urin auf seine Reaktion (was schon vorher hätte geschehen können Ref.) und findet eine alkalische Reaktion. Hierauf erhält der Knabe Phosphorsäure. Am folgenden Tag hört der Knabe auf, das Bett zu nässen, und so bleibt es 2 Wochen. Dann wird die Phosphorsäure ausgesetzt. 2 Tage danach nächtliche Inkontinenz, darum von neuem für 10—15 Tage Phosphorsäure und die Heilung bleibt bestehen. Seit $1^1/_2$ Jahren näßt der Knabe nicht mehr das Bett. 5 Tage im Monat nimmt er Phosphorsäure. Die beiden anderen Fälle betrafen Mädchen, bei denen eine elektrische Behandlung erfolglos geblieben war. Man fand einen trüben Urin durch neutrale Reaktion und gab Phosphorsäure. Sofortige und dauernde Heilung. Verf. formuliert die Hauptindikationen der Behandlung der nächtlichen Urininkontinenz beim Kinde folgendermaßen: 1. Untersuchung der Urinreaktion: ist sie neutral oder alkalisch — Ansäuern des Urins; 2. Untersuchung des Nasopharynx: sind adenoide Wucherungen da — Abtragung; 3. Untersuchung des Präputium und Meatus und je nachdem Zirkumzision, Lösung balanopräputialer Adhäsionen und Meatotomie. Die balano-präputialen Verklebungen spielen in der Ätiologie der kindlichen Inkontinenz eine wichtige Rolle. H. Netter (Pforzheim).

Kirmisson, Volumineuse hernie sus-ombilicale congénitale renfermant la pointe du coeur. (Bull. de l'académie de méd.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

22. Febr. 1910.) K. stellte in der Sitzung der Akademie einen 2 monatigen Knaben vor mit einer großen, schon bei der Geburt bemerkten Eventration der Regio supra-umbilicalis und der Medialinie. Dieser Tumor, der in seinem vertikalen Durchmesser 9 cm und in seinem größten transversalen Durchmesser 6 cm mißt, ist von Darm gebildet, der sich mit charakteristischem Gurren in die Bauchhöhle zurückbringen läßt. Nach der Reposition findet man eine breite, aponeurotische Öffnung, die für zwei Fingerspitzen zugängig ist, und man gelangt auf eine resistente Fläche, die der Leber anzugehören scheint. Die Nabelnarbe ist nach dem unteren Teil des Tumors zu gerichtet.

Aber was das besonders Interessante ist, das ist, daß der Haupttumor von einem harten Höcker überragt wird, der von dem Puls isochronen Schlägen bewegt wird, und der sich vom Rest der Masse vollständig isolieren läßt. Es ist die sehr oberflächlich gelegene Herzspitze, die in der Regio epigastrica pulsiert, wahrscheinlich infolge des Fehlens der medianen Zwerchfellfasern.

Nach dem Ergebnis der von Béclère vorgenommenen Radioskopie scheint es, als ob das Herz genau seinen normalen Platz einnähme. Indes waren die Herztöne nicht an den üblichen Stellen zu auskultieren. Offenbar hat das Organ eine mehr mediane Lage und eine vertikale Richtung. Das Kind ist im übrigen ganz wohlgebildet, und in der Familie beider Eltern ist keine Mißbildung bekannt.

H. Netter (Pforzheim).

F. A. Foderà und **L. Pittau,** Hypophysenstudien. (Archives italiennes de Biologie. 1909. Bd. 57. S. 370.) Verff. studierten den Einfluß der Rinderhypophyse auf Frösche und Hunde. Dabei ergab sich zunächst, daß, entgegen der Ansicht Cyons, die Wirksamkeit des Hypophysenextraktes unabhängig ist von der Art der Extraktherstellung. Der hintere Lappen ohne Epithelialbekleidung erwies sich, wenigstens bei den untersuchten Tieren, als allein wirksam. Die Kolloidsubstanz zwischen beiden Lappen sowie der nervöse Lappen sind unwirksam. Auf das Froschherz in situ hat Hypophysisextrakt keine Wirkung. Bei künstlichem Kreislauf dagegen zeigt sich eine schwache Vasokonstriktion rein peripheren Ursprungs. Bei Hunden erwies sich allein die intravenöse Injektion als wirksam im Gegensatz zur subkutanen und intrazerebralen. Von nun beobachteten Symptomen wird Tenesmus und Reizung zu Diarrhöen hervorgehoben. Die Erscheinungen dauerten nur kurze Zeit und wuchsen nicht im Verhältnis zur Größe der eingespritzten Menge. Nur bei ganz großen Dosen trat eine Art Kachexie auf, sonst erholten sich die Hunde sehr schnell. Pro- oder anaphylaktische Eigenschaften ließen sich nicht nachweisen. Die Gefäßwirkung beim Hunde war stets eine deutliche Vasokonstriktion.

H. Netter (Pforzheim).

V. Dini, Sopra due casi di meningite cerebrospinale. (Il Cesalpino. 1910. Nr. 2.) Kinder von 11 und 12 Jahren. Im ersten Fall Weichselbaumsche Kokken in der Spinalflüssigkeit. In beiden Fällen hatte Verf. guten Erfolg mit intramuskulären Injektionen von Elektargol.

H. Netter (Pforzheim).

V. Brun, Die Narkose mit Kelen (Chloräthyl). (Gazz d. osped. 1910. Nr. 106.) Auf Grund 10jähriger Erfahrung des Kinder-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hospitals Regina Margherita zu Turin empfiehlt Verf. das Kelen zur Narkose bei Kindern. Das Kelen wird angewendet 1. zu reiner Kelennarkose, die besonders zu kurzen Eingriffen dient, 2. zu Atropin-Morphin-Kelennarkose wobei die Lösung etwa 20—30 Minuten vorher injiziert wird, 3. zu Kelen-Chloroformnarkose, wobei mit Kelen angefangen und mit Chloroform weitergefahren wird. Im Anfang wurde mit Kelen eine Erstickungsnarkose gemacht, während jetzt nur noch die Tropfmethode verwendet wird. Die Anästhesie tritt binnen 1 bis 3 Minuten ein. Die zur Herbeiführung des Schlafes nötigen Kelenmengen sind sehr gering; bei der Erstickungsnarkose braucht man 5—10 ccm, bei der Tropfmethode 80—200 Tropfen, nach Morphin nur 40—80 Tropfen. Das Narkotikum ist selbst bei langer Dauer der Narkose unschädlich und kann auch bei prekären Fällen unbedenklich verwendet werden. M. Kaufmann.

C. Francioni, Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der von der stillenden Mutter verursachten Säuglingskrankheiten. (Riv. di Clin. ped. 1910. Nr. 11.) Es handelte sich um einen 23 Tage alten Säugling mit schweren Krämpfen seit dem 15. Lebenstag. Seit der Geburt war er ikterisch. Alle bekannten Ursachen waren auszuschließen; schließlich wurde aus Anamnese und objektiven Symptomen eine ohne Albuminurie und Formelemente verlaufende Nephritis der Mutter gefunden. Die Fortsetzung der natürlichen Ernährung machte den Zustand immer schwerer, ein Versuch mit Kuhmilch brachte das Kind fast ad exitum; die Anlegung bei einer Amme ließ rasch die Anfälle verschwinden und das Kind gesund werden. Die Frage, ob man eine Nierenkranke stillen lassen soll, ist verschieden beantwortet worden; die beste Antwort wird eine genaue Untersuchung der Nierenfunktion der Mutter geben, die ergibt, ob es sich um Schlackenretention handelt; in der ärmeren Praxis, wo Absetzen und künstliche Ernährung gleichbedeutend sind, wird man sich im Zweifelsfall eher zum Fortstillen entschließen als in der wohlhabenden, wo Ersatz durch die Amme in Frage kommt.

M. Kaufmann.

G. Fleischer, Versuche mit bakterizidem Serum bei Rachendiphtherie. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 37.) Um die „Bazillenträger" bei der Diphtherie für ihre Umgebung unschädlich zu machen, ist ein ganzes Arsenal verschiedener Desinfizientien in Form von Pinselungen, Gurgelwässern, Zerstäubungsmitteln bzw. Saugtabletten empfohlen und angewandt worden. Allein keines dieser Mittel hat sich Bürgerrechte bei der Prophylaxe der Diphtherieverbreitung erwerben können, was offenbar auch mit der Gestalt der Tonsillen in Zusammenhang steht: es gibt unregelmäßig gestaltete, gewundene, mit spaltförmigen Lakunen versehene Mandeln, die den Effekt aller desinfizierenden Flüssigkeiten illusorisch machen, ganz abgesehen davon, daß manche derselben, wie z. B. Sublimat durchaus nicht indifferent sind. Die Pyozyanose weist bessere Resultate auf. Bei dieser Sachlage wandte sich Autor Versuchen mit dem bereits 1902 von Wassermann empfohlenen, in Deutschland vielfach mit gutem Erfolge angewandten bakteriziden Diphtherieserum zu. Er immunisierte Hunde mit ausgewaschenen Diphtheriebazillenkörpern

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von zunehmender Virulenz und erhielt ein völlig spezifisches bakterizides Diphtherieserum, das echte Diphtheriebazillen agglutinierte und präzipitierte, Pseudodiphtheriebazillen aber unbeeinflußt ließ. Dieses Serum verarbeitete Autor mit Amylum, Zucker, Gummi arabicum und etwas Pfefferminzwasser zu Tabletten von etwa 1,3 g Gewicht und einem Gehalt von 0,1 trockenen Serums. Diese Tabletten wurden 4 mal täglich verabfolgt.

Das Material des Autors umfaßt 66 bakteriologisch festgestellte Fälle von Diphtherie. 25 derselben wurden mit einer Lösung von 1 g Sublimat zu je 250 g Wasser und Glyzerin behandelt, 10 Fälle erhielten Tabletten, die alle genannten Bestandteile mit Ausnahme jedoch des Diphtherieserums enthielten, um die rein mechanische Wirkung auszuschließen; 21 Fälle erhielten die das bakterizide Diphtherieserum enthaltenden Tabletten. Bei den mit Sublimat behandelten Fällen waren Diphtheriebazillen vom 8. bis zum 25. Tage; bei den mit den gewöhnlichen Tabletten behandelten Fällen vom 8. bis zum 22. Tage, bei den mit Diphtherieserum enthaltenden Tabletten behandelten Fällen aber nur vom 2. bis zum 5. Tage zu finden. Es ergibt sich der augenscheinliche Vorzug des bakteriziden Diphtherieserums, wobei aber die mechanische Wirkung der Tabletten gar keine Rolle spielt. Ferner hat bei den mit dem bakteriziden Diphtherieserum behandelten Fällen die Gestalt der Tonsille gar keinen Einfluß, während sie bei den mit Desinfizientien behandelten Fällen von wesentlicher Bedeutung ist. Sowohl das bakterizide, als auch das antitoxische Diphtherieserum haben jedes seine bestimmte Einflußsphäre; erst bei einer gleichzeitigen Verwendung beider Serumarten könnten auch prophylaktisch die besten Resultate erzielt werden. Schädliche Nebenwirkungen waren bei Anwendung des bakteriziden Diphtherieserums nicht zu beobachten. S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der polnischen Gesellschaft der Ärzte

in Lodz.

Sitzung vom 9. Februar 1910.

T. Mogilnicki referiert: **Über die harnsaure Diathese und die Fettsucht bei Kindern.** Der Redner gibt einen kritischen Überblick über die Theorien der französischen Pädiater, die der harnsauren Diathese sehr viel Beachtung schenken und vielleicht zu viel Krankheitsgruppen von dem „Arthritismus" abhängig machen. Darauf geht der Redner zur Besprechung des Wesens der Fettsucht über. Die Fettsucht kann entweder angeboren (Fälle Chambers, Wojciechowski, Heubner u. a.) oder erworben sein. Außer der hereditären und individuellen Anlage spielt in den meisten Fällen die große Menge der eingenommenen Nahrung und der Mangel an Bewegung eine große Rolle. Es kommt schließlich zur Entstehung eines Circulus vitiosus — je dicker das Kind, desto weniger beweglich ist es und vice versa . . . Die Therapie soll sich die Sättigung des Patienten mit kaloriearmer Nahrung als Ziel setzen.

Sonnenberg spricht über den kausalen Zusammenhang der Hautkrankheiten und der Diathesis urica und vertritt den Standpunkt, bei der Behandlung

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Hautkrankheiten im Kindesalter soll die Begünstigung des Stoffwechsels vor allem im Auge behalten werden.

Bierenzweig: Die Hautkrankheiten auf arthritischer Basis lassen sich morphologisch nicht streng von solchen auf dem nicht arthritischen Grunde unterscheiden. Doch können einige Differentialmerkmale aufgestellt werden: a) Die Hautreaktion entspricht nicht dem Grade des Reizes; b) die Effloreszenz verbreitet sich äußerst schnell; manchmal genügen schon einige Stunden dafür; c) die Intensität der Effloreszenz erreicht eine viel größere Höhe als gewöhnlich; d) das Abklingen der Hautreaktion ist manchmal ebenso rapid wie das Ausbrechen. Doch kann das Nichtvorhandensein dieser Symptome nicht als ein Beweis der Abwesenheit der Diathesis urica gedeutet werden.

Przedborski spricht über den Einfluß der Diathesis auf das Gehör.

Perlis weist hin auf das langsame Heilen der Wunden und auf das verhältnismäßig häufige Vorkommen der Hämorrhagien bei „arthritischen" Kindern.

Lipszyc glaubt nicht, daß der Arthritismus so häufig im Kindesalter vorkomme. Göpperts Untersuchungen des Kinderharnes auf Harnsäure scheinen das Gegenteil bewiesen zu haben.

Brudziński bedauert, daß das klinisch so wichtige Bild der exsudativen und der harnsauren Diathese bis jetzt einer erschöpfenden theoretischen Erklärung und Begründung entbehre. Der Redner berichtet über einen Fall plötzlichen Todes bei Diathesis urica. M. Michalowicz (Warschau).

---

9. Internationale Tuberkulose-Konferenz,

Brüssel, 5.—8. Oktober 1910.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

I. Tuberkuloseinfektion auf dem Wege der Zeugung und Disposition zur Tuberkulose. Landouzy (Paris): Wenn auch die hereditäre Tuberkulose des Keimes (parasitäre Erblichkeit der Tuberkulose) sehr selten auftritt, so beobachtet man doch häufiger eine angeborene Dystrophie, welche zahlreiche Nachkommen von Phthisikern mit einer Gruppe von organischen und funktionellen Fehlern behaftet. Diese konstitutionellen Zustände der Kinder Brustkranker machen sich von Geburt an im Gesicht und Habitus solcher Degenerierter bemerkbar. Es sind oft vorzeitig zur Welt gekommene Individuen von geringem Gewicht und Umfang mit dünnem und zartem Knochenbau, flachem Brustkorb, zarter und weicher Haut, schlanken Gliedmaßen, blassem, kränklichem Gesicht, durchscheinenden Venen, vorzeitig entwickelter Behaarung, langen Augenwimpern, leichten Drüsenschwellungen, kränklichem Aussehen. Die Feststellung derartiger Zustände beweist dem Redner den Grad der Wirksamkeit, den das Tuberkulosegift auf dem Wege der Vererbung ausübt, was die alte Medizin zur Annahme einer tuberkulösen Diathese geführt hat. Außerdem gibt es nach den Studien des Redners eine angeborene Prädisposition bei der Tuberkulose. Unter diese Gruppe fallen die Individuen mit seidenartiger, goldiger oder roter Haarfarbe, mit weißer, durchscheinender und zarter, von Sommersprossen bedeckter Haut, welche an die antiken Gemälde der Venetianer erinnern, weswegen er derartige Leute als „vir rufus" oder „Venetianer" bezeichnet, und endlich eine erworbene Prädisposition: Leute mit Pockennarben (vir variolosus), junge Leute, die an Wachstumsstörungen leiden (vir populeus), junge Leute, die wegen Kinderkrupp tracheotomiert wurden (vir gutturilosus) endlich besonders zur Lungentuberkulose prädisponierte Körpergebiete. Redner verlangt deshalb von der Klinik wie von der experimentellen Medizin Studien über die Übertragung der Tuberkulose auf dem Wege der Zeugung und über die Prädisposition zur Tuberkulose, damit das Unbekannte eines Problems aufgeklärt werde, dessen Lösung für die Rüstigkeit neuer Generationen von vitalstem Interesse ist. Er vergleicht hierin die Haager Konferenz mit der Brüsseler, die ebenfalls das suchen soll, was die Nationen eint, was sie glücklicher macht, Vorbeugungsmaßregeln gegen den gemeinsamen Feind aller.

Diskussion. Arloing (Lyon) zieht aus Experimenten, die er angestellt hat, den Schluß, daß die Schwindsüchtigen ihren Nachkömmlingen nur selten die Tuberkulose auf dem Wege der Zeugung übertragen, vielmehr nur eine gewisse

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwäche hinsichtlich der Funktion der Organe, welche leichter ihren Tod verursacht oder ihre Entwicklung mehr oder weniger verhindert. Die Einwirkung der Verwandtschaft auf die Deszendenten macht sich besonders geltend, wenn die Tuberkulose in der Mutter oder gleichzeitig bei der Mutter und bei dem Vater besteht. Es ist als Tatsache festgestellt, daß die Kochschen Bazillen durch die gesunde Schleimhaut der Verdauungs- und Atmungskanäle eindringen, und ferner, daß die Verdauungskanäle eine überwiegende Rolle in der Tuberkuloseinfektion spielen. Die Durchdringungswege des Virus nach dem Sitz einer tuberkulösen Verletzung genau anzugeben, sei höchst schwierig, weil die Verbreitung und Ansiedlung der Bazillen aus vielfachen Ursachen variieren. — Aufrecht (Magdeburg) hält zur Beurteilung der Wirkungsweise der Tuberkelbazillen die Begriffe „Eintrittspforten in den Körper" und „Infektionswege im Körper" streng auseinander. Als Eintrittspforten kommen für ihn die Halsschleimhaut, speziell die Tonsillen, 2. die Darmschleimhaut, 3. die äußere Haut (Läsionen, Tätowierungen usw.) in Betracht. Von der Eintrittspforte hängt es vor allem bei chronischem Verlauf der Tuberkulose ab, welches Organ zunächst oder ausschließlich erkrankt. Von der Halsschleimhaut oder von Läsionen der oberen Extremitäten aus erkranken die Lungen, von der Darmschleimhaut aus fast immer nur die Unterleibsorgane, in erster Reihe Leber und Peritoneum. Während so die Eintrittspforten verschieden sind, ist der genetische Zusammenhang zwischen Eintrittspforten und Organerkrankungen bei chronischem Verlauf der Tuberkulose nach dem Verf. stets der gleiche: Die Bazillen gelangen in allen Fällen auf dem Wege über die Lymphdrüsen in das Blut und von hier zu dem betreffenden Organ. In den Lymphdrüsen aber können die Tuberkelbazillen zurückgehalten oder vernichtet werden, jedoch unter günstigen Bedingungen (bei der Skrofulose) eine bedeutende Vermehrung erfahren. Bei der Zugrundelegung dieses Werdeganges des tuberkulösen Prozesses eröffnet sich bessere Aussicht dafür, eine positive Grundlage für den bis jetzt in der Luft schwebenden Begriff der Disposition zu erreichen. Sie ist gegeben durch die Anlage zur Skrofulose, für deren Wesenheit und Lokalisation in der Haut, den Schleimhäuten und vor allem den Drüsen wir wenigstens genügende Anhaltspunkte besitzen. Unter diesem Gesichtspunkte dürften sich auch die von Landouzy mit Recht hervorgehobenen verschiedenen Eigenschaften der zur Tuberkulose prädisponierten Individuen einheitlich auffassen lassen. — Calmette (Lille) nennt die tuberkulöse konzeptionelle oder intrauterine Ansteckung eine seltene, gänzlich außer acht zu lassende Ausnahme und bezeichnet die Lehre von der spezifischen Erblichkeit der Tuberkulose als eine Unglückslehre. Nur so viel stehe fest, daß die Kinder tuberkulöser Eltern auf die Welt kommen mit einem Organismus, der sie empfindlicher für Intoxikationen und Infektionen macht, und daß man sie am wirksamsten vor der tuberkulösen Infektion schützen kann, indem man sie die Gelegenheit zur Ansteckung vermeiden läßt. Diese Wahrheit sollte eiligst im Publikum verbreitet werden. Wenn es davon durchdrungen sein wird, wird es für den Arzt leichter sein, tuberkulöse Mütter davon zu überzeugen, daß die beste Liebe, die sie ihren Kindern entgegenbringen können, ist, sie rechtzeitig aus ihrer Nähe zu entfernen. (Aus Platzmangel muß Ref. leider hier seine übrigen streng sachlichen auf genauen statistischen Erfahrungen und einer großen Anzahl probatorischer Tuberkulinimpfungen nach Pirquet beruhenden Ausführungen übergehen und auf seine ausführliche Arbeit verweisen, die den Kongreßteilnehmern gedruckt überreicht wurde.) — Guérin (Lille), Raw (Liverpool), Pierry (Lyon), Robin, Savoire (Paris), Heron Williams (London) gaben sehr ausgedehnte Beobachtungen an großem statistischem Material zum Thema. — Landouzy (Schlußwort): Wir alle wissen, daß es kein schlechter präpariertes Feld für die Tuberkulose gibt als das der ersten Jugend; die sogenannten zur Tuberkulose Disponierten sind meist schon Infizierte. Deshalb dürfte der Tuberkulöse ebensowenig heiraten wie der Syphilitische, denn „la phthisique est mauvaise mère!"

II. **Schutz der Kinder gegen Tuberkulose.** Bielefeldt (Lübeck): Da nach dem allgemeinen Urteil der Ärzte die Kindheit besonders durch die Tuberkulose bedroht werde, sei es unsere Pflicht, Maßnahmen zum Schutze der Kinder zu treffen, besonders erwachsene Tuberkulöse von Kindern fernzuhalten. Dies wird sich ohne Zwang kaum erreichen lassen. Eine Überführung ansteckender Tuberkulöser in geschlossene Anstalten, wie sie in Norwegen gesetzlich eingeführt ist, wird sich bei unserer herrschenden humanitären Anschauung schwer durchführen lassen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so grausam anderseits auch eine solche Humanität gegenüber den vielen Tausenden dadurch gefährdeten Kindern ist. Die deutsche Arbeiterversicherung bietet die Möglichkeit eines wenigstens mittelbaren Zwanges dadurch, daß man den tuberkulösen Rentenempfängern die Aufnahme in ein Invalidenhaus anbietet und im Falle der Ablehnung des Angebotes sie mit der Entziehung der Rente bedroht. Die Unterbringung sollte abhängig gemacht werden von dem Gutachten einer lokalen Sanitätsbehörde, um unnötige Härten zu vermeiden. Redner beantragt, die Angelegenheit einer Kommission zu überweisen, die auf der nächsten Konferenz darüber berichten soll.

Alfred Bruck (Berlin): Mangelhafte Mund- und Zahnpflege begünstigt nach den Arbeiten vieler Autoren die Ansiedlung von Tuberkelbazillen in der Mundhöhle und außerdem bei Verschleppung der Bazillen die Entstehung der Lungentuberkulose. Deshalb müsse besonders in Kinderheilstätten eine sorgfältige Zahnpflege stattfinden. Eine Behinderung oder Aufhebung der Nasenatmung durch Hyperplasie der Rachenmandeln erleichtere bei Kindern das Zustandekommen der Karies und bilde dadurch gleichfalls einen wichtigen Faktor für die Entstehung der Tuberkulose. Deshalb sollte das Gebiß lungenkranker Kinder sowohl vor als auch während einer Heilstättenkur sorgfältig revidiert und behandelt werden. Schulzahnkliniken bilden ein wichtiges Unterstützungsmittel im Kampf gegen die Kindertuberkulose. — Nietner und Hamel (Berlin) legen der Konferenz die von der Kommission des „Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose für Beratung von Maßnahmen der systematischen Bekämpfung der Kindertuberkulose“ aufgestellten Leitsätze vor. Sie unterscheiden das Säuglingsalter (erstes und zweites Lebensjahr) und das Alter vom dritten bis sechsten Jahre. Es seien hier nur wenige Leitsätze erwähnt: Da die Folgen der Infektion im allgemeinen bereits vom zweiten Lebensjahr ab in größerer Zahl manifest werden, müssen die prophylaktischen Maßnahmen bereits im frühesten Kindesalter eintreten. In allen Familien, wo ein Kranker mit offener Tuberkulose sich befindet, sei es die Mutter, ein Verwalter oder Hausgenosse, z. B. Dienstboten oder Aftermieter, sind, sofern nicht der Tuberkulöse selbst entfernt werden kann, die gefährdeten Kinder rechtzeitig, möglichst schon mit Beginn des zweiten Lebensjahres aus der Wohnung zu entfernen. Diese Kinder sind unter guten hygienischen Bedingungen in kleinen und einfachen, in staubfreier Lage errichteten Kinderheimen unterzubringen. Wenn auch die Mutterbrust als die beste Nahrung angesehen werden muß, kann nach den an vielen Orten gemachten Erfahrungen in den Kinderheimen von der Haltung von Ammen abgesehen und die Ernährung mit abgekochter Tiermilch durchgeführt werden. In der Altersstufe vom dritten bis sechsten Lebensjahre müssen außer der Trennung der gefährdeten Kinder und neben einer ausreichenden und zweckmäßigen Ernährung bereits Maßnahmen zur Erhöhung der Widerstandskraft zur Anwendung kommen. Dazu gehören Erziehung zur Reinlichkeit und sorgfältige Hautpflege mit vorsichtiger Abhärtung durch Waschungen und Bäder, viel Aufenthalt in frischer, staubfreier Luft, Spiele im Freien, Freiübungen und Beginn mit leichter Atemgymnastik. Zur Durchführung der vorbezeichneten Maßnahmen ist eine weitgehende Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen der Tuberkulose unerläßlich und hierbei insbesondere auf die den Kindern drohende Ansteckungsgefahr und die Möglichkeit ihrer Verhütung hinzuweisen. — Pynappel (Zwolle) glaubt, daß alle Wünsche zum Schutze des Kindes nur unter der Bedingung zu verwirklichen sind, wenn die Mutter selbst die Gefahr und die Mittel sie zu vermeiden kennt. Ihre Ausbildung muß die Grundlage zum Schutze des Kindes werden, und ohne ihre Mitarbeit und vollständige Kenntnis der Ursachen wird es unmöglich sein, das Ziel zu erreichen. — Sehr vorsichtig und besonders streng sind die Leitsätze Holger Rördam (Kopenhagen) zum Schutze der Kinder gegen Tuberkulose, und viele werden wohl noch lange auf Erfüllung warten müssen; nur einige seien hier angeführt: Tuberkulöse weibliche Personen dürfen keinen Dienst als Ammen und Kindermädchen annehmen, Pflegekinder dürfen nicht in Familien, wo Tuberkulöse sind, untergebracht werden. Tuberkulöse Kinder dürfen nicht mit anderen Kindern zusammen in Pflege kommen, auch nicht Warteschulen, Schulen oder Erziehungsanstalten zusammen mit anderen Kindern besuchen. Tuberkulöse Personen dürfen nicht als Lehrer an diesen Anstalten tätig sein. Ebenso sollen diese einer regelmäßigen ärztlichen Aufsicht unterworfen werden. Werden Kinder infolge der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Familienverhältnisse der Ansteckungsgefahr ausgesetzt, so sind diese mittels Gesetzes von der Familie zu entfernen usw.

III. **Tuberkulose und Schule.** Fronz (Wien): Lehrer und Schüler mit offener Tuberkulose müssen unbedingt aus der Schule entfernt werden. Für sie ist in therapeutischer, für erstere auch in materieller Hinsicht volle Sorge zu tragen. Nicht zu früher Schulbeginn, auch hinsichtlich des Lebensalters, reichliche Erholungspausen insbesondere zur günstigsten Zeit des Tages, keine zu lange Lektionsdauer, genaue Anpassung der Belastung des Schülers an seine körperlichen Fähigkeiten werden die Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose auf ein Minimum reduzieren. — Heron (London) berichtet, daß die auf Veranlassung der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose an den englischen Kultusminister gelangten Vorschläge 1. die elementare Hygiene als obligatorischen Unterrichtsgegenstand in Lehrerseminaren einzuführen, 2. die Forderung, daß jeder Lehrer bei der Abschlußprüfung den Beweis liefern muß, daß er eine genügende Kenntnis der Gesundheitslehre besitzt, besonders derjenigen, die sich auf die Verhinderung ansteckender Krankheiten bezieht, in England bereits Gesetz geworden sind.

III. Neue Bücher.

M. Kahane. **Die Arzneitherapie der Gegenwart.** Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin. Preis: Mk. 9.

Neue und neueste Arzneimittel tauchen fast alle Tage auf; nicht alle verbleiben im therapeutischen Heilschatze des Praktikers, aber dieser muß auch die minder wichtigen soweit kennen, daß er über ihre Zusammensetzung, Wirkungsweise usw. einigermaßen orientiert ist. Mit großem Geschick hat K. alle diese Mittel nach Krankheiten bzw. nach der pharmakodynamischen Wirkung gruppiert und den einzelnen Gruppen allgemeine Darlegungen vorausgeschickt. Die bekannt gewordenen Mittel werden ausführlich behandelt, wobei besonders Dosierung, Indikationen und toxische Nebenwirkungen besprochen werden, die anderen Stoffe werden kürzer abgetan. Auch pharmazeutische Spezialitäten haben Berücksichtigung gefunden. K.s Buch ist ein zuverlässiger Führer und wird dem Praktiker die besten Dienste leisten. Grätzer.

G. Müller. **Die Orthopädie des praktischen Arztes.** Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin. Preis: Mk. 8.

M. ist es gelungen, auf relativ geringem Raum eine vollständige, klare und präzise Darstellung des Gebietes zu geben, so daß der praktische Arzt die betreffenden Krankheitsbilder genügend kennen lernt, die erforderlichen Apparate, therapeutischen Manipulationen usw. ebenfalls, kurz, alles was er wissen muß, sieht und erfährt. Zahlreiche gute Illustrationen tragen das ihre zum Verständnisse bei. M. betont, daß er selbst früher Allgemeinpraktiker war und daher weiß, was dieser von der Orthopädie wissen muß, welche Krankheiten er allein behandeln und welche Behandlungsmethoden er mit den zu Gebote stehenden Mitteln durchführen kann. Von diesem Gesichtspunkte aus ist das Buch geschrieben, und es wird daher den Praktikern willkommen sein. Grätzer.

V. Urbantschitsch. **Lehrbuch der Ohrenheilkunde.** Urban & Schwarzenberg. Wien und Berlin. Preis: Mk. 18.

Das Lehrbuch, dessen 5., neu bearbeitete Auflage vorliegt, bedarf keiner Empfehlung mehr; es ist so beliebt und verbreitet, daß eben nur das Erscheinen der Neuauflage angezeigt zu werden braucht. Wie sehr auch der Kinderarzt die Otiatrie beherrschen muß, braucht hier wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden; ich erinnere nur an die Erkrankungen des Ohres bei Masern und Scharlach, an die Taubstummheit! Ein gründliches Studium der betreffenden Gebiete ist durchaus notwendig, wobei U.s Lehrbuch als Führer und Berater aufs wärmste empfohlen werden kann. Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Auerbach, P., Epithelkörperblutungen und ihre Beziehungen zur Tetanie der Kinder (Leipzig). — **Breuer, H.**, Herzkranke Kinder im späteren Leben (Heidelberg). — **Dannberg, W.**, Beitrag zur Lues hereditaria bei Zwillingen (Freiburg). — **v. Gratkowski, S.**, Vergleiche der Sopholprophylaxe gegen die Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen mit anderen konkurrierenden Verfahren (Breslau). — **Gundlach, L.**, Kongenitale Pektoralisdefekte und ihre Entstehung (Breslau). — **Kamio, S.**, Mißbildungen durch amniotische Fäden (München). — **Köhl, O.**, Beiträge zu der Lehre von den adenoiden Vegetationen und der Hypertrophie der Gaumentonsillen (Würzburg). — **Krankenhagen, F.**, Operative Behandlung der Nabelbrüche (Berlin). — **Kurtz, R.**, Über Komplikationen und abnorme Verlaufsweisen bei Masern und Varizellen an der Medizinischen Klinik zu Leipzig (Leipzig). — **Liebmann, D.**, Neuere Methoden in der Behandlung des Nabelschnurrestes (Freiburg). — **Ludwig, M.**, Beiträge zur Frühdiagnose der Masern, mit besonderer Berücksichtigung des Blutdruckes (München). — **Pechstein, H.**, Ausscheidung der Magenfermente im Säuglingsharn (Leipzig). — **Rosenthal, W.**, Lues congenita tarda an der Hand eines Falles von Gumma hepatis (Leipzig). — **Schmidt, E.**, Beiträge zur Kenntnis der physiologischen Pylorusmaße im Kindesalter (München). — **Schulz, F.**, Atresia ani vaginalis (Freiburg). — **Starke, J.**, Das primäre Scheidensarkom bei kleinen Kindern (Berlin). — **Treber, H.**, Welchen Erfolg hat die Credésche Prophylaxe in bezug auf die durch die Blennorrhoea neonatorum hervorgerufene Erblindung aufzuweisen? (München). — **Weitz, K.**, Die Wahl der Amme auf Grund von Milchmengenwägungen (Marburg).

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Durch Ministerialerlaß vom 10. Januar wird angeordnet, daß sämtliche **Schulleiter** auf die Gefahren des Lupus und die Notwendigkeit seiner frühzeitigen Erkennung und sachgemäßen Behandlung hinzuweisen sind. Die Schulärzte sollen besonders auf Lupusfälle achten, sie unverzüglich dem Schulleiter und den Eltern mitteilen und ihnen geeignetenfalls die Befragung eines Hautarztes anraten.

Göttingen. An Stelle der bisherigen in unzulänglichen Räumen untergebrachten **Universitäts-Kinderklinik** ist aus der Stiftung des Herrn E. Dreger (zur Erinnerung an seinen verstorbenen Sohn Dr. Karl Dreger) eine neue Kinderklinik erbaut. Die Stadt hat sich im Sinne des Stifters außer einem herabgesetzten Pflegesatze für stadtarme Kinder vor allen Dingen die Einrichtung einer Mütterberatungsstelle ausbedungen, sowie Einrichtungen einer öffentlichen Milchküche, die namentlich dazu bestimmt sein soll, für stadtarme kranke Kinder die Nahrung zu bereiten. Außerdem ist jeder berechtigt, die Säuglingsnahrung in trinkfertigen Portionen zum Selbstkostenpreise der Klinik zu entnehmen. Schwerer zu bereitende Nahrungsgemische für kranke Kinder können auf Verordnung ihrer Hausärzte dort angefertigt werden. Zugleich ist es die Aufgabe der Klinik, die Fürsorge für die städtischen Ziehkinder zu ergänzen. Die Klinik ist vorläufig für eine Belegung mit 20—24 Kindern berechnet. Für kranke Säuglinge stehen Ammen zur Verfügung.

Husum. Die erste **Waldschule** in Schleswig-Holstein für schwächliche Kinder, eine Schöpfung des Vaterländischen Frauenvereins, ist eröffnet worden.

München. Priv.-Doz. Dr. Moro hat einen Ruf als Direktor der Kinderklinik nach Heidelberg als Nachfolger von Prof. Feer angenommen.

Karlsruhe. Die Regierung hat die Bezirksämter beauftragt, durch Vermittlung der Hebammen eine **Stillstatistik** über sämtliche im Jahre 1911 geborene Kinder aufzustellen.

Wien. Prof. Escherich, der bekannte Pädiater, ist gestorben.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

EISENSAJODIN

Vorzüglich bekömmliches, wohlschmeckendes
Jod-Eisenpräparat in Tablettenform.

Jodgehalt ca. 25 %
Eisengehalt „ 5,6 %

Zu längerer Darreichung weit besser geeignet als die schlechtschmeckenden, meist zersetzlichen Jodeisenmittel. Vereinigt die Wirkung eines erprobten löpoidlöslichen Jodpräparates (Sajodin) mit dem tonisierenden Effekt des Eisens.

INDIKAT.: **Skrofulose, Chlorose, anämische Arteriosklerose, kongenitale Lues, Rachitis usw.**

DOSIS: 3 mal täglich 1 Eisensajodin-Schokoladetablette à 0,5 g.

Rp.: Eisensajodin-Tabletten à 0,5 No. XX. **„Originalpackung“**
Preis eines Röhrchens = M. 2,25.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld-Leverkusen a. Rh.

Farbwerke Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Die **Schweizer Apotheke Max Riedel, Berlin W. 8** bringt außerdem in den Handel
1) Eisensajodin-Leberthran.
2) Eisensajodin-Emulsion.
Beide Spezialitäten haben nur den Eigengeschmack der angenehm aromatisierten Öle, da Eisensajodin selbst geschmackfrei ist. Sie werden daher gern genommen und führen dem Organismus reichliche Mengen gut resorbierbaren Fettes zu.

INFANTINA (Dr. Theinhardt's Kindernahrung).

Zweckmässigster Zusatz zur verdünnten Kuhmilch.

Literatur usw. steht den Herren Ärzten auf Verlangen gerne zur Verfügung.

Dr. Theinhardt's Nährmittelges. m. b. H., Stuttgart-Cannstatt 13.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

H. O. Opel's

Kinder-Nähr-Zwieback.

Kalkphosphathaltiges Nährmittel.

Z. = R. No. 6922. K. P. = A

Wissenschaftlich geprüft und empfohlen von Autoritäten der Kinderheilkunde.

Durch zweckmässige Bereitung und Zusammensetzung ist damit ein rationelles Gebäck hergestellt, welches allen Anforderungen des gegenwärtigen wissenschaftlichen Standpunktes und der praktischen Erfahrung entspricht und durch seinen physiologischen Nährwert andere Nährmittel übertrifft, wie durch zahlreiche Wägungen und Beobachtungen festgestellt ist. Der Nährzwieback bessert die Ernährung, vermehrt die Körperzunahme und stärkt die Knochen des normalen Kindes. **Rhachitis und Dispositionen zu Knochenerkrankungen erfahren bei längerem Gebrauch Besserung und Stillstand.** Vor den Folgen, welche durch unzweckmässige, unzureichende oder fehlerhafte Nahrung entstehen, insbesondere **Drüsen, Skrophulose,** bleibt das Kind mehr als durch jedes andere Gebäck geschützt. Der Nährzwieback ist eines der billigsten Kindernährmittel, zumal im Hinblick auf seinen relativen Nährwert.

à Pfund 1,25, von 3 Pfund ab franko Nachnahme.

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

Nur das Kindernährmittel hat Wert und verdient Empfehlung, welches durch Jahre lang exakt kontrollierte Versuche, Wägungen und Beobachtungen von Autoritäten der Kinderheilkunde in Praxis und klinischen Anstalten erprobt ist und dann empfohlen wird.

„Tussiculin“ Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich.“

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blutbildendes Kräftigungs- und Nährmittel!

Nettelbeck's Braunschweiger MUMME

Ältestes Malzpräparat — alkoholfreier flüssiger Malzextrakt.

Ein hervorragendes diätisches **Nähr-** und **Stärkungsmittel** für alle Leidenden, besonders für **blutarme** schwächliche Personen und **Kinder vom Säuglingsalter** an. **Wöchnerinnen** gibt die Mumme reiche Nahrung.
49,02% Maltose, 3,69% Eiweißstoff, 0,50% Phosphorsäure.

Wird wegen des angenehmen würzigen Malzgeschmackes sehr gern genommen und ist sehr bekömmlich. Unentbehrlich in der Kinderpraxis in allen Fällen, in denen keine natürliche Ernährung stattfindet.

Den Herren Ärzten Prospekte und Proben gratis und franko.

Man verlange stets Marke
H. C. F.

Braunschweiger Mumme-Brauerei
H. C. F. Nettelbeck, Ges. m. b. H.
Braunschweig, Beckenwerker Str. 26.

Kathreiners Malzkaffee

entfaltet keinerlei Nebenwirkungen,
ist wohlschmeckend und billig

D. R. W. Z. 128247

Pnigodin

D. R. W. Z. 128247

Hervorragendes Mittel gegen KEUCHHUSTEN
mit gänzlich neuem Heilstoff! — Auffallend schnelle Heilerfolge.

Bestandteile: Cinnamom. Ceylan. Pnigodin (Glycosid). Sambuc. nigr. Malt. Hord. (sterilisiert), frei von Mitteln der Tab. B. u. C.).

Zahlreiche Anerkennungen.

Versuchsquanten den Herren Ärzten gratis durch die

Pnigodin G. m. b. H., Charlottenburg P. A. 5.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Orexin

Echtes **Stomachikum.** Bewährtes **Antemetikum.**

Völlig geschmacklos, sicher wirkend bei Appetitlosigkeit, Hyperemesis gravidarum, Atonie des Magens, Erbrechen nach Chloroformnarkosen.

Beseitigt Aufstoßen und sonstige Beschwerden nach starken Mahlzeiten.

— Unentbehrlich in der Kinderpraxis. —

Originalpackungen: Orexintabletten zu 0,25 gr. Nr. X M. 1.—
Orexin-Chocoladetabletten „ 0,25 gr. „ XX „ 2.50

Bismon

reizloses in **Wasser lösliches** colloidales Wismuteiweißpräparat.

Empfohlen bei **Verdauungsstörungen** und **dyspeptischen Zuständen im Säuglingsalter.**

Dosis: 3—4 mal täglich 5 ccm. einer 10% Lösung in Milch oder anderer flüssiger Nahrung. Vor der Anwendung muß der Verdauungstraktus von schädlichem Inhalt durch Magen-Darmspülung gereinigt sein.

Ausführliche Literatur durch: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich.**

Pertussin

Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke. Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke, E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Dr. Walther Koch's ‚PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung :: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**
Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,
Berlin SW. 48

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Athénsa

(alkalifreies Eisensaccharat in wohlschmeckender Lösung).
Alkoholfrei, speziell für die Kinderpraxis geeignet

Bewährtes Stärkungsmittel

für Bleichsüchtige, Blutarme, Rekonvaleszenten und Nervöse.
Greift Magen und Zähne nicht an. — Appetitanregend.
In zahlreichen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.
Originalflaschen von 500 Gr. Inhalt zu 1,25 Mk.

Athenstaedt & Redeker
Chemische Fabrik Hemelingen bei Bremen.

Wichtig für die Herren Ärzte!

60 % lösliche Kohlenhydrate enthält
Kaiser's sterilisiertes Kindermehl
(höchster Prozentsatz der gebräuchlichsten Kindernahrungen)
Preis per 1/2 Ko.-Dose M. 1.25.

Infolge dieser Vollkommenheit bewährt es sich nach Aussage vieler Ärzte stets bei Brechdurchfall, Darmkatarrh und Diarrhoe. Für gesunde und kranke Kinder leichtverdaulichster und nahrhafter Zusatz zur Milch.

Kaiser's Kindermehl gibt Kraft & Knochen

Ärztliche Literatur und Proben gratis.

DIASANA nach Dr. Ferd. Keppler, leichtverdaulichstes Nähr- und Kräftigungsmittel. Ersatz für Ochsenfleisch, besitzt mehr als 1 1/2 fache Nährkraft. Diasana bewirkt bei stillenden Müttern reiche und gesunde Milchbildung. Diasana sollte an keinem Krankenbette fehlen. Es kann für sich allein genossen, oder jeder Speise und allen Getränken beigesetzt werden. — Ärztliche Literatur und Proben gratis. — Preis 1/2 Ko.-Dose M. 1.70.

Fr. Kaiser, Waiblingen-Stuttgart.

Nestle's Kindermehl

G. m. b. H.

Berlin W. 57

erlaubt sich, den Herren Ärzten

Gratisproben

des veränderten

Nestlemehles

anzubieten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nur echte Löflunds

Milchzucker Reinste Marke. Nach Prof. v. Soxhlet's Verfahren für gesunde u. kranke Säuglinge.

Nährmaltose für Kinder, die nicht gedeihen und an Körpergewicht abnehmen.

Malzsuppen-Extract f. magendarmkranke Kinder nach Keller & Gregor bis 80% geheilt.

Malzextract nach Liebig & Fehling seit 45 Jahren bewährt als Katarrhmittel und Nährpräparat für Kinder, Kranke u. Rekonvaleszenten.

Malzextract-Hustenbonbons unerreicht in Wohlgeschmack u. lösender Wirkung.

In allen Apotheken und Drogerien erhältlich.

Jodglidine

Vollkommener Ersatz für Jodkali. Im allgemeinen keine Nebenwirkungen. Als wirksames bekömmliches Jodpräparat bewährt bei Arteriosklerose, sekundärer und tertiärer Lues, Angina pectoris, Bronchitis, Asthma bronchiale, Exsudaten, Skrofulose, Augenkrankheiten, Gicht, chron. Gelenksentzündungen.

Chemische Fabrik Dr. Klopfer, Dresden.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Friedensauer Nährmittel

(mehrfach preisgekrönt)

sind hervorragende Nahrungsmittel für Gesunde u. Kranke.
Hoher Nährwert — sehr leicht verdaulich.

Friedensauer Kindermehl eignet sich vorzüglich zur Kinderernährung und zeitigt glänzende Resultate bei Brechdurchfall etc.
Weitere empfehlenswerte Kindernahrung: **Granola, Graham** und **Weißzwieback, Glutenmehl, Bisquit** „S“ und „HS“.
Keine chem. Beimischungen und Essenzen. — Alleinfabrikanten Deutschlands.

Deutscher Verein für Gesundheitspflege, Friedensau Nr. 21 (Post Grabow, Bez. Magdeburg.)

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Klinische Beiträge
zur
Physiologie der Schwangerschaft

von

Professor Dr. Friedrich Schatz
Geh. Medizinalrat in Rostock.

Inhalt: Wann tritt die Geburt ein? Konstruktion der Schwangerschaftsdauer, Vorausbestimmung des Tages der Geburt und nachträgliche Bestimmung des Erzeugers.

Zweite Hälfte zur Arbeit im Archiv für Gynäkologie, Bd. 72, 80, 84, 85, 86, 87. XVI, Seite 437—748 mit 126 Kurven im Text. 1910. M. 10.—.

Vollständige Ausgabe. XVI, 748 Seiten mit 281 Kurven im Text. M. 20.—.

Antiphlogistine

Literatur und Gratisproben franko.

ein **hydrophiler, schmerzstillender Umschlag.**

Indiciert in allen **entzündlichen** und **congestiven** Zuständen.
Therapeutisch glänzend bewährt.

Kade-Denver Co. m.b.H.
Berlin-Wilmersdorf, d.

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. April 1911. Nr. 4.

I. Originalbeiträge.

Spastischer Darmverschluß bei einem 2jährigen Kinde.

Von

Dr. **O. Nordmann** (Berlin-Schöneberg).

In der Nr. 10 1910 der Deutschen medizinischen Wochenschrift habe ich über 3 Fälle von spastischem bzw. hysterischem Ileus berichtet und die wesentlichen Punkte bei der Diagnosenstellung, hinsichtlich der Therapie und der Prognose dargelegt. Im November 1910 hat dann Wemmers in der Klinisch-therapeutischen Wochenschrift Nr. 45, 46 weiterhin dieses interessante Kapitel behandelt, der zu gleichen Resultaten wie ich kam. Ich will hervorheben, daß jetzt nach einer ganzen Anzahl sorgfältiger Beobachtungen es nicht mehr zweifelhaft sein kann, daß allein durch eine spastische Kontraktur eines kleinen oder größeren Darmabschnitts ein kompletter Darmverschluß mit allen klassischen Symptomen entstehen kann. Als die Ursache einer derartigen krampfartigen Kontraktion des Darmes sind bisher festgestellt:

1. ein Nervenleiden (die Neurasthenie bzw. Hysterie);
2. Fremdkörper im Darmlumen (Gallensteine, Oxyuren usw.);
3. Geschwüre in der Darmschleimhaut, besonders nach Schädigung eines Mesenterialabschnitts bei Operationen, bzw. Ernährungsstörungen der Darmwand nach Verletzungen des Mesenterium.
4. Störungen in der Nervensteuerung des Darmes auf uns unbekannter Basis.

Am interessantesten sind diejenigen Fälle, in denen das eigentlich auslösende Moment des Darmspasmus nicht zu eruieren war (Fall III meiner zitierten Arbeit).

Kurz nach Fertigstellung obengenannter Arbeit hatte ich nun Gelegenheit, eine einschlägige Beobachtung bei einem 2jährigen Kinde zu machen, die mir wegen ihrer Seltenheit mitteilenswert erscheint. Ich lasse die Krankengeschichte in kurzem Auszuge folgen.

Die 2jährige, bisher nie ernstlich kranke E. M. stammt aus gesunder Familie. Am 5. II. 1910 erkrankte sie nach einem reichlichen Gericht von Grünkohl mit Erbrechen und Durchfällen, Erscheinungen, die von dem behandelnden Arzte Dr. Schramm (Friedenau) als Gastroenteritis gedeutet wurden

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und mit einer kleinen Kalomelgabe und Einläufen behandelt wurden. Vom 6. II. abends ab sistierten die Durchfälle völlig, das Erbrechen blieb bestehen, dazu kam Aufstoßen und unaufhörliches Wimmern des Kindes über Leibschmerzen. Dieser Zustand hielt mit geringen Schwankungen an, das Erbrochene wurde gallig, trotz aller Einläufe erfolgten weder Stühle noch Flatus. Am 8. II. wurde mir das Kind gezeigt. Ich erhob folgenden Befund: Guter Ernährungszustand, starker Kollaps, eingesunkene, schwarzumränderte Augen, kühle Extremitäten, Puls 160, klein, Temperatur 36,5. Zunge trocken, grau belegt, unaufhörliches Klagen und Wimmern über Leibschmerzen. Das Kind liegt mit angezogenen Beinen im Bett. Abdomen aufgetrieben, man sieht deutlich eine reliefartige Vorwölbung stark gefüllter Darmschlingen im Epigastrium, die in lebhafter Bewegung sind und über denen laute Darmgeräusche hörbar sind. Abdomen mäßig gespannt und diffus leicht druckempfindlich. Ileozökalgegend frei. Nirgends eine Resistenz. Rektaluntersuchung ergab eine völlig leere weite Ampulle.

Die Diagnose lautete auf Darmverschluß. Eine Invagination schloß ich wegen des Fehlens jeder fühlbaren Resistenz und des Ausbleibens von Schleim- und Blutabgängen aus. Ich dachte noch am ehesten an einen Strangulationsileus. Die vorgeschlagene Operation wurde von den Eltern genehmigt.

Dieselbe wurde in Äthernarkose ausgeführt und ergab einen merkwürdigen Befund. Schnitt in der Medianlinie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich reichlich seröses klares Exsudat. Die vorher sichtbar gewesenen Dünndarmschlingen erweisen sich als hochgradig gebläht, ihre Wand ist verdünnt, die Serosa injiziert. Schleunige Eventration. Es zeigt sich nun, daß ein mechanisches Hindernis fehlt, daß aber die stark geblähten Schlingen ganz plötzlich ohne jeden Grund in einen bleifederdicken Darmabschnitt übergehen. Es gelingt leicht, die Darmgase zwischen den Fingern von den geblähten Schlingen in den kontrahierten Darmteil überzustreichen, der sich sofort füllt, aber doch an Umfang weit hinter dem dilatierten Teil zurückbleibt. Abdomen wird abgesucht, ist frei von jeder Adhäsion, Appendix normal, frei beweglich, nirgends eine pathologische Veränderung, abgesehen von einigen bis kleinbohnengroßen harten Drüsen im Mesenterium des Dünndarms. Austupfen des Exsudats, Reposition der Därme. Schluß der Bauchwunde in Etagen. Dauer der Operation eine gute Viertelstunde.

Ich trage nach, daß der kontrahierte Darmteil das unterste Drittel des Ileum war, während das Jejunum und die oberen zwei Drittel des Ileum stark gebläht waren.

Die Nachbehandlung bestand in der Applikation von Morphiumzäpfchen (3 × tägl. 0,003) und leichten Kamilleneinläufen. Zunächst waren zur Bekämpfung des postoperativen Schoks noch Kampfereinspritzungen nötig, doch erholte sich das Kind sehr schnell und machte eine völlig ungestörte Rekonvaleszenz durch. Schon am Tage nach der Operation gingen Flatus ab, vom dritten Tage ab erfolgte täglich geformter Stuhlgang, in dem nichts Pathologisches gefunden wurde. Das Erbrechen sistierte sofort nach der Laparotomie und die Wundheilung erfolgte per primam int., so daß das Kind ca. 12 Tage nach der Operation in bestem Allgemeinzustande nach Hause entlassen werden konnte.

Das Wesentliche des vorstehenden Falles liegt meines Erachtens darin, daß auch bei einem gesunden Kinde allein durch eine Störung der Nervensteuerung ein Darmspasmus und damit der Symptomenkomplex des Ileus entstehen kann. Es gehört also die vorstehende Beobachtung unter Nr. 4 der oben aufgezählten Ursachen der Darmspasmen. Auch in diesem Falle erwies sich die Darreichung eines Narkotikums als nützlich. Ganz augenscheinlich wird auf diese Weise am ehesten der Krampf der Muskulatur beseitigt, während meines

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erachtens die forcierten hohen Einläufe vielleicht gerade das Gegenteil von dem bewirken, was man mit ihnen bezweckt, sie verstärken nämlich unter Umständen den Spasmus.

Bei der Gesamtheit der bedrohlichen Symptome war eine Laparotomie absolut indiziert. Denn wir haben kein Mittel, den mechanischen Ileus von dem spastischen Ileus zu unterscheiden. Niemals soll unter der Diagnose des letzteren eine längere interne Therapie fortgesetzt werden, da die kostbarste Zeit für einen operativen Eingriff versäumt werden könnte. Ich habe seinerzeit über einen Fall berichtet, in dem die Darmlähmung, die augenscheinlich mit dem Darmspasmus häufig einhergeht oder die nach längerem Bestehen des letzteren schließlich eintritt, nicht mehr zu überwinden war, so daß die Patientin zugrunde ging. Besonders bei Kindern, für die eine Eröffnung der Bauchhöhle und eine Eventration der Darmschlingen an sich schon einen schweren Eingriff bedeutet, ist es notwendig, die Operation im Frühstadium der Erkrankung auszuführen. Während ich für die Fälle, in denen eine Hysterie absolut sicher nachweisbar ist und bei denen die Ileussymptome mit einer auffallend geringen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einhergehen, eine interne Therapie für kurze Zeit für berechtigt halte, würde ich beim Kinde von derartigen Versuchen abraten, vielmehr beim Vorliegen von Erbrechen, Reliefbildungen auf dem Abdomen, Sistieren von Stuhl und Flatus, Kollaps usw. stets zur Laparotomie raten. Denn, wie hervorgehoben, ist es unmöglich, eine sichere Differentialdiagnose zwischen mechanischem Ileus und Darmspasmus zu stellen.

Jedenfalls geht aus dieser Beobachtung hervor, daß auch beim Kinde die bei Erwachsenen bereits anerkannten Innervationsstörungen zu einem spastischen Darmverschluß führen können, der in seinem Gesamtbilde dieselben schweren Erscheinungen darbieten kann wie der mechanische Ileus.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

E. Klose, Über Perlsuchtreaktion nach Pirquet. (Aus der Kinderklinik der Universität in Greifswald.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 48.) Es wurde die kutane Tuberkulinprobe Pirquets zur ätiologischen Differentialdiagnostik benutzt, indem der Vergleich der Reaktionen auf Humanaltuberkulin und Perlsuchttuberkulin vorgenommen wurde.

Die Impfung wurde so vorgenommen, daß am linken Oberarm zwei mit Alttuberkulin beschickte Bohrungen im Abstand von etwa 10 bis 15 cm gemacht wurden, zwischen beiden eine Kontrolle ohne Tuberkulin. Auf dem rechten Arm wurde in gleicher Weise mit Perlsuchtalttuberkulin geimpft. Als Instrument diente der Pirquetsche Originalimpfbohrer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es wurde, statt wie sonst üblich, auf die Beugeseite des Unterarms zu impfen, der Oberarm zur Impfung bevorzugt, um die kleinen Patienten zu verhindern, ständig an den Impfstellen herumzukratzen. Diese Gefahr liegt gerade bei dem poliklinischen Material sehr nahe. Die Impfung mit den beiden Tuberkulinen fand an symmetrischen Körperstellen statt. Dadurch sollte dem Einwand begegnet werden, daß quantitative Reaktionsunterschiede auch hervorgebracht werden könnten, wenn man an verschiedenen Körperstellen mit dem gleichen Tuberkulin impft. Es ist anzunehmen, daß die Resorptionsverhältnisse und sonstigen biologischen Faktoren an den gewählten symmetrischen Stellen nicht so verschieden sein werden, um dadurch allein wesentliche Unterschiede in der Stärke der Reaktionen zu bedingen. Man muß nur dafür Sorge tragen, die Bohrungen möglichst gleichmäßig auszuführen, was bei einiger Übung leicht gelingt.

Nach der besprochenen Methodik wurden insgesamt 120 tuberkuloseverdächtige Kinder im Alter von $^1/_2$—14 Jahren geimpft. Die Impfstellen wurden nach 24 Stunden zum erstenmal, dann am zweiten und dritten Tag und gewöhnlich noch einmal nach 5—8 Tagen kontrolliert. Die Akme der Reaktionen trat meist am zweiten oder dritten Tag ein. In zweifelhaften Fällen wurde nach etwa 14 Tagen eine zweite Impfung vorgenommen. Nun in einigen wenigen Fällen konnte man konstatieren, daß dadurch eine spezifische „Sensibilisierung" des Organismus hervorgerufen wurde.

Von diesen 120 Fällen reagierten 45 weder auf Alttuberkulin noch auf Perlsucht. Dies entspricht einem Prozentsatz von 37,5 negativen Reaktionen.

Über die 75 positiv reagierenden Fälle gibt Tabelle 1 eine Übersicht.

Tabelle 1.

Diagnose	Reaktion					Gesamtzahl der Fälle.
	nur auf AT	nur auf PT	AT > PT	AT = PT	PT > AT	
Skrofulose . . .	6		12	13	4	35
Lungentuberkulose einschl. Kehlkopftuberkulose . . .		3	4	8	5	20
Pleuritis exsudativa			1	1		2
Nicht spez. Lungenerkrankungen . .	1		1	1	1	4
Tuberkulöse Peritonitis		1	2	2		5
Chirurg. Tuberkulosen (Knochen, Gelenke, Haut) .			2	6		8
Chorea min. + Erythema nodosum				1		1
Insgesamt	7	4	22	32	10	75

Tabelle 2 faßt die Resultate obiger Zusammenstellung noch einmal kurz zusammen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 2.

Reaktion nur auf AT:	7 =	9,33 %
nur auf PT:	4 =	5,34
AT > PT:	22 =	29,33
AT = PT:	32 =	42,67
PT > AT:	10 =	13,33
	75	100 %

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle reagierte also gleichzeitig auf Human- und Bovintuberkulin. Bei der Deutung dieser Ergebnisse ist daher die erste Frage: „Wie ist es zu erklären, daß die Mehrzahl der positiv reagierenden Individuen sowohl auf Perlsucht- als auch auf Humantuberkulin reagiert?" Nach dem heutigen Stande unseres Wissens müssen wir die kutane Tuberkulinprobe als eine ausgesprochen spezifische Reaktion ansehen. Ihrem Wesen nach stellt sie eine Immunitätsreaktion dar, und zwar im speziellen eine Überempfindlichkeitsreaktion. Mit anderen Worten heißt dies, daß der auf Tuberkulin lokal mit Papelbildung reagierende Organismus eine Überempfindlichkeit gegenüber den Giften und Stoffwechselprodukten des Tuberkelbazillus dadurch erworben hat, daß er einer Infektion mit diesem Bazillus ausgesetzt gewesen ist. Seinem Wesen nach ist der Vorgang als eine Reaktion zwischen Antigen und Antikörper zu betrachten. Derartige biologische Reaktionen müssen wir als besonders scharf ansehen, unendlich viel feiner und empfindlicher als die gewöhnlichen chemischen Reaktionen in vitro.

Wenn daher ein und dasselbe Individuum auf die beiden Tuberkuline in gleicher Weise reagiert, so bestehen nur zwei Möglichkeiten der Erklärung:

1. Entweder sind das humane Alttuberkulin und das Perlsuchttuberkulin als Antigene biologisch zu identifizieren, d. h. trotz der chemischen Verschiedenheiten beider Stoffe, die wir nachweisen können, sind die biologisch wirksamen Faktoren, die bei der Reaktion in Frage kommen und die eben nur durch biologische Reaktionen nachzuweisen sind, identisch; oder

2. wenn die durch die beiden Tuberkuline repräsentierten Antigene verschieden sind, so müssen in dem Organismus auch zweierlei Antikörper vorhanden sein, von denen je eine Gruppe mit dem betreffenden Antigen in Reaktion tritt.

Gegen die erste Annahme sprechen wohl die Fälle, die entweder nur auf Alttuberkulin oder nur auf Perlsuchttuberkulin reagieren. Wären die beiden Tuberkuline Antigene von gleicher oder wenigstens infolge der nahen Verwandtschaft der beiden Typen von annähernd gleicher biologischer Wirksamkeit, so müßten alle Individuen, die überhaupt Reaktionsfähigkeit besitzen, auf beide Tuberkuline reagieren, wenn auch vielleicht in quantitativ verschiedener Weise. Der Vorgang läßt sich elementar folgendermaßen darstellen: Die beiden Tuberkuline enthalten als gemeinsame Komponente den Komplex (a + b), der das Antigen darstellt. Außerdem enthält Alttuberkulin die Komponente c, Perlsuchttuberkulin dagegen die Komponente d; c und d sind Stoffwechselprodukte (Toxine?), die für jeden der beiden Bazillentypen charakteristisch sind und die Reaktion in

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

quantitativer Weise beeinflussen können, ohne jedoch für sich allein, d. h. ohne die Komponente (a + b) die allergische Reaktion der Haut hervorrufen zu können. Es ist dann klar, daß der Organismus, wenn er überhaupt durch seine spezifischen Antikörper zur Reaktion befähigt ist, in jedem Falle auf die gemeinsame Komponente (a + b) reagieren muß, d. h. beide Tuberkulinreaktionen müssen positiv ausfallen, wenn auch je nach der Lage des Falles quantitativ verschieden. Dies entspricht aber nicht den Tatsachen. Aus Tabelle 2 ist ersichtlich, daß 9,33 % der Fälle nur human und 5,34 % nur bovin reagiert haben.

Diese Tatsachen finden aber eine ungezwungene Erklärung, wenn man annimmt, daß die gleichzeitige Human- und Bovinreaktion dadurch zustande kommt, daß zweierlei Gruppen von Antikörpern im Blut des betreffenden Organismus kreisen, die bei der Wiedereinführung der passenden Antigene die Reaktion bedingen. Über die Natur dieser Antikörper ist nichts Sicheres bekannt, soviel aber steht fest, daß der Organismus nur durch die Infektion mit dem befähigt wird, spezifische Antikörper zu bilden. Wir sind daher zu der Annahme berechtigt, daß die gleichzeitige Reaktionsmöglichkeit eines Organismus auf zwei verschiedene Antigene auf eine Infektion mit zwei verschiedenen Bazillenarten, also auf eine Human- + Bovininfektion hindeutet. Mithin müßte in der großen Mehrzahl unserer Fälle eine Mischinfektion vorliegen. Dieses Resultat würde gut mit den Spenglerschen Untersuchungen über die Symbiose des menschlichen Tuberkelbazillus und des Perlsuchtbazillus übereinstimmen.

Nach Spengler beruht die überwiegende Mehrzahl der tuberkulösen Erkrankungen des Menschen auf einer Mischinfektion mit dem Bacillus humano-brevis = menschlicher Tuberkelbazillus und dem mit diesem in Symbiose lebenden Bacillus humano-bovinus = angepaßter Perlsuchtbazillus. Viel seltener ist die reine Tuberkelbazilleninfektion und meist von schlechter Prognose. Am seltensten ist die reine Perlsuchtinfektion, die letzteren Erkrankungen sollen durchweg einen gutartigen Charakter haben.

Je nach dem Überwiegen des einen oder anderen Typus bei der Infektion, je nach den für die eine oder andere Form günstigeren Lebensbedingungen und endlich je nach dem Stadium des tuberkulösen Prozesses würde dann die Human- oder Bovinreaktion prävalieren.

Die größte praktische Bedeutung kommt aber nicht diesen Mischinfektionen, sondern gerade den reinen Human- oder Bovinfällen zu. Für die Kutandiagnostik der Tuberkulose sind namentlich die letzteren wertvoll, weil sie zu Irrtümern Veranlassung geben können. Wenn in 5,34 % obiger Fälle eine Reaktion nur auf Perlsuchttuberkulin eintrat, also unter 20 Fällen einmal die gewöhnliche Alttuberkulin-Kutanprobe versagte, so muß man als Grundsatz aufstellen:

Die Pirquetsche Tuberkulinprobe wird nur dann allen Möglichkeiten gerecht, wenn sie gleichzeitig mit Human- und Perlsuchttuberkulin ausgeführt wird.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Praxis wird diesem Grundsatz am einfachsten entsprochen, wenn von den üblichen drei Bohrungen die eine mit Human-, die andere mit Perlsuchttuberkulin beschickt wird, während die dritte als Kontrolle dient.

Für die Therapie geht aus den vorliegenden Untersuchungen schon jetzt soviel hervor, daß der Ausfall der differentiellen Kutanreaktion ein Wegweiser sein sollte für die Wahl des Präparates bei Einleitung einer Tuberkulinkur. In den Fällen von reiner Human- oder Bovinreaktion wird man das entsprechende Präparat therapeutisch in Anwendung bringen. Auf welche Weise aber die Immunisierung bei den Mischinfektionen am gefahrlosesten und schnellsten zu erreichen ist, läßt sich vorläufig noch nicht übersehen. Ob hier das stärker oder das schwächer wirkende Präparat geeigneter ist, oder ob eventuell ein Mischtuberkulin vorzuziehen ist, müssen erst weitere Untersuchungen lehren. Grätzer.

A. Fickler, Über Hydropyrin, ein neues wasserlösliches Salizylpräparat. (Aus der Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt in Kosten.) (Ebenda.) Hydropyrin (Chem. Fabrik G. Richter, Budapest) ist das Natriumsalz des Aspirins. Beobachtungen an 58 Fällen führen F. betreffs der therapeutischen Wirkung des Präparates zu folgenden Sätzen:

1. Hydropyrin ist ein gutes Antipyretikum. F. hat es bei den verschiedensten fieberhaften Erkrankungen angewandt und stets die temperaturherabsetzende Wirkung gefunden. Der Temperaturabfall tritt innerhalb der ersten halben Stunde, nachdem das Hydropyrin genommen ist, ein, ist in der ersten Stunde meist am größten und hält 3—4 Stunden an. Die Größe des Temperaturabfalls ist, je nach der Höhe des Fiebers verschieden; bei hohen Temperaturen beträgt er nach 0,5 g 1,5—2° und nach 1,0 g 2—3° und darüber. Nach 4—5 Stunden steigt die Temperatur gewöhnlich langsam oder schneller wieder an, kann sich aber auch länger niedrig halten; neue Gaben von Hydropyrin setzen auch die Temperatur stets von neuem wieder herab. Entsprechend dem Fieber fällt auch die Pulsfrequenz. Den Temperaturabfall leitet oft ein stärkerer oder schwächerer Schweißausbruch ein.

Beim Gesunden setzt 1,0 Hydropyrin die Abendtemperatur um 0,3—0,6° herab, während die Morgentemperatur dadurch nicht beeinflußt wird.

2. Hydropyrin ist ein ebensolches Spezifikum bei akutem Gelenkrheumatismus wie das Natrium salicylicum; auch bei anderen Gelenkerkrankungen und bei Muskelrheumatismus wirkt es günstig. F. hat es in 5 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus angewandt und 2 stündlich 0,5 g 2—3 Tage lang nehmen lassen. Stets wurde der Anfall kupiert, und die Gelenkschwellungen bildeten sich rasch zurück. In einem Falle traten allerdings zweimal Rückfälle auf, was ja aber auch bei Natrium salicylicum vorkommt. An Endokarditis erkrankte keiner dieser Fälle, wohl aber einer an Perikarditis, die unter weiterer Hydropyrinmedikation rasch abheilte. Bei Arthritis deformans erzielte F. durch 2—3 mal täglich

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

0,5 g Linderung der Beschwerden. In zwei Fällen akuter gichtischer Gelenkentzündung wurde der Anfall durch eine eintägige Verabreichung von 3 mal 1,0 Hydropyrin kupiert. Auch bei Muskelrheumatismus, Lumbago u. a. hatte F. den Eindruck, daß das Mittel eine günstige Wirkung ausübte.

3. Hydropyrin verdient als antineuralgisches und schmerzstillendes Mittel versucht zu werden. Bei Neuralgien war der Erfolg wechselnd; am besten fand F. ihn bei Interkostalneuralgie. In einem Falle von Viszeralneuralgie ließ ihn Hydropyrin gänzlich im Stich, ebenso aber auch die anderen Antineuralgica. Bei Zephelalgie dagegen hat die Wirkung meist befriedigt. In 4 Fällen von Urtikaria ließ F. 3 mal täglich 0,5 g nehmen und fand, daß der Juckreiz rasch sich verringerte und schon am 2.—3. Tag Heilung eintrat; nur in einem Falle hielt die Krankheit 8 Tage an. Mit Dionin zusammen (Dionin 0,1, Hydropyrin 5,0 : 150,0, 3 mal täglich ein Eßlöffel) hat das Hydropyrin bei dysmenorrhoischen Beschwerden gute Dienste geleistet.

4. Hydropyrin regt die Diaphorese und Diurese an. Daß der Temperaturabfall bei fiebernden Kranken meist von Schweißausbruch begleitet ist, hat F. oben bereits erwähnt; auch bei fieberfreien zeigt er sich häufig. Verstärkt wird diese Wirkung, wenn man den Kranken in wollene Decken einschlägt und ihn in 1 stündigem Zwischenraume 2 mal 1 g nehmen läßt. Die tägliche Urinmenge wird beim Gesunden durch 2 mal 1 g Hydropyrin um 100—200 ccm vermehrt. Diese Wirkung therapeutisch bei serösen Exsudaten zu verwerten, bot sich wenig Gelegenheit; ein Fall von seröser Pleuritis ging unter 3 mal täglich 0,5 Hydropyrin[1]) in wenig Tagen in Heilung über.

Hydropyrin ist also in seiner therapeutischen Wirkung ein dem Aspirin sehr ähnliches Mittel, zeichnet sich aber vor ihm durch seine Löslichkeit in Wasser aus, was in dreifacher Hinsicht von Vorteil ist; einmal wird es auch von Kindern, die keine Pulver schlucken, gern genommen; sodann kann es wäßrigen Arzneien zugesetzt werden (z. B. 0,2—0,3 p. d. zu Inf. Ipecac. bei Bronchitiden der Kinder); endlich ist es in wäßriger Lösung billiger als das Aspirin, wenn man 10 Einzeldosen oder darüber verordnet. Grätzer.

C. Stuhl (Gießen), Stumpfe Behandlung der Phimose im Kindesalter. (Ebenda.) Die üblichen Phimosenoperationen kennt St. nur von seiner Assistentenzeit her. Er selbst hat in der Praxis bei Knaben unter 10 Jahren nie mehr Gebrauch davon gemacht, da er die unblutige allmähliche Dehnung viel vorteilhafter fand. Bleibt doch dem Kinde 1. eine größere Wunde, 2. die häßliche, auch störende Präputialschürze und 3. eine eventuell notwendige Narkose erspart.

Der einfache Hergang der stumpfen Behandlung ist folgender: Nach Händedesinfektion und gründlicher Reinigung des Genitale — am besten läßt man die Kinder unmittelbar vorher baden — versuche man, das Präputium mit Hilfe der 3 ersten Finger beider Hände über die Glans zurückzudrängen. Meist gelingt dies sofort, mitunter hat

[1]) Alle diese Dosen beziehen sich auf Erwachsene (Refer.).

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

St. auch erst nach 2 oder 3 Tagen Erfolg gehabt. Stets entstehen dabei leicht blutende Einrisse in der am intensivsten gespannten äußeren Haut. Die Risse verlaufen in der Richtung des Penis und sind $^1/_4$—$^1/_2$ cm lang. Sobald die Urethra frei liegt und sich präputiale Verklebungen mit der Glans zeigen, nehme man eine stumpfe Sonde zum Lösen des Präputium, was stets ohne Schwierigkeit und häufig ohne einen Tropfen Blutes erreicht wird. Wegen der Gefahr der Paraphimose empfiehlt es sich bei hochgradiger Enge erst nach mehrtägigem Dehnen, das Präputium über die Corona glandis zu streifen. Entsteht doch einmal eine Paraphimose dabei mit starkem Schnürringe, so suche man diese umgehend wieder auszugleichen, ohne mit den Fingern die frisch zutage getretene Glans und die abgelösten Präputialflächen zu berühren. Es läßt sich dies leicht bewerkstelligen, wenn man seine Finger bei den Vorschiebeversuchen an der Wurzel des Penis ansetzt und reichlich Haut dabei mitfaßt. Präputialsteine sind stumpf mit der Sonde zu entfernen. Die kleinen Hautrisse pudert St. mit Xeroform ein und legt einen oberflächlichen Mullverband an. Zu Hause läßt er feuchte Verbände mit Blei- oder Borwasser 2—3 stündlich erneuern.

Diese gleiche Behandlung ist 4—8 Tage je nach Bedarf zu wiederholen. Spätestens nach 8 Tagen sah St. die stärkste Phimose auf diese Weise gedehnt.

Die blutigen Einrisse wiederholen sich bei der täglichen Reponierung wohl in den ersten Tagen noch mehr oder weniger, heilen aber in 24 Stunden wieder aus. Urinverhaltung beobachtete St. höchstens für die Dauer eines halben Tages. Die häufig eintretende Schwellung der Vorhaut, auf welche man die Mutter aufmerksam machen muß, schwindet unter dem Bleiwasserumschlag rasch.

Nach Verlauf von je 8 Tagen kontrolliert St. 3—4 mal das Resultat und veranlaßt alsdann die Eltern, während eines halben Jahres einmal in der Woche mit gut gereinigten Händen den Erfolg der Behandlung zu prüfen. Sobald diese Nachbehandlung durch die Angehörigen unterblieb, fand St. nach $^1/_2$—1 Jahr das Präputium ebenso rigide wie nach dem Überstehen einer Balanitis. In Anbetracht dieser offensichtlichen Herabsetzung der Dehnungsfähigkeit — infolge der kleinen Hautrisse bzw. der Entzündung — bedurfte es alsdann noch besonderer Mühe zur Reponierung. Und St. glaubt, daß solche Fälle jenseits der Pubertät operativer Behandlung bedürfen.

Grätzer.

Heile (Wiesbaden), Zur chirurgischen Behandlung der Spina bifida mit Hydrozephalus. (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 50.) Vor Jahren hatte H. den Versuch gemacht, beim akuten Hydrozephalus in zweckmäßiger Weise einen dauernden Abfluß der Zerebrospinal- und Ventrikelflüssigkeit operativ herbeizuführen. Auf dem vorjährigen Chirurgenkongreß berichtete er über ein Kind, das er wegen Myelozystozele am zweiten Tage nach der Geburt operieren mußte. Bei ihm hatte er einen Abfluß der Spinalflüssigkeit nach der Bauchhöhle geschaffen, in der Art, daß er neben der Spina bifida-Stelle die Bauchhöhle eröffnete, eine Dünndarmschlinge vorzog und diese an den Rest des offenen Durasackes annähte. Diese Drainage

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach der Bauchhöhle funktionierte gut, der Abfluß war aber zu plötzlich, so daß das Kind in den nächsten Tagen nach der Operation zugrunde ging. Es war bei diesem Kinde einerseits der Eingriff selbst, das Vorziehen der Darmschlinge usw., ein recht großer und andererseits die Kommunikation mit der Bauchhöhle eine so unmittelbare, daß die Entleerung des Wirbelkanals zu schnell erfolgen mußte. Immerhin liegt es sehr nahe, die Bauchhöhle als Reservoir für die abdrainierte Gehirnflüssigkeit zu benutzen, denn die Bauchhöhle ist besonders fähig, größere Flüssigkeitsmengen immer von neuem aufzunehmen, ohne daß die Flüssigkeit dadurch dem Körper direkt verloren geht. Ferner ist ein dauernder Abfluß in die Bauchhöhle weit mehr sichergestellt, als ein Abfluß ins subkutane Gewebe, bei dem die Flüssigkeit sich nur in den Lymphspalten fortsaugen kann, in denen es aber naturgemäß sehr sehnell zu entzündlichen Verdickungen kommt, die ein weiteres Aufsaugen der Flüssigkeit unmöglich machen. Es haben auch sämtliche Vertreter der subkutanen Drainage die Schwierigkeiten hervorgehoben, dauernd die Lymphwege im subkutanen Gewebe freizuhalten für die Aufsaugung der später nachfolgenden Flüssigkeitsmengen.

H. hat nun neuerdings bei einem vor mehr als einem halben Jahr operierten Kinde die Operation so weit modifiziert, daß erstens eine dauernde Absaugung der Zerebrospinalflüssigkeit in die Bauchhöhle möglich ist, ohne daß dieser Abfluß ein zu plötzlicher ist, außerdem ist der operative Eingriff selbst in dieser Weise ein relativ kleiner. Das Kind, das er im Februar 1910 operierte, erfreut sich noch heute, im Dezember 1910, voller Gesundheit, und die klinischen Zeichen sprechen dafür, daß der Abfluß dauernd gut geblieben ist. Das Kind hatte am Tage der Operation die Zeichen des beginnenden Hydrozephalus, während es heute normal sich schließende Fontanellen zeigt bei normalem Umfang des Schädels und normal erhaltener Intelligenz.

Es wurde ihm ein 2 Tage altes Kind mit faustgroßer Vorwölbung im Bereich der untersten Lendenwirbel zugeführt. Bei Druck auf die prall elastisch gespannte Geschwulst verzerrte das Kind sein Gesicht, bei stärkerem Druck bekam das Kind leichte Krämpfe. Aus dem Klaffen der Knochen am Schädel mußte man auf einen leichten Hydrozephalus schließen. Sicher war der unmittelbare Zusammenhang zwischen der Flüssigkeitssäule im Wirbelkanal und dem Schädelinnern. Die bedeckende Haut der Geschwulst war sehr dünn und gerötet, es stand eine Perforation unmittelbar bevor. Bei dem übermäßig gespannten Inhalt des Schädels, der mit dem Innern des Spina bifida-Sackes kommunizierte, schien auch ein komplizierter plastischer Verschluß der Rachischisis nicht empfehlenswert, da man hierdurch nur das Rezidiv einer neuen Spina bifida verhüten, nicht aber einen akut wachsenden Hydrozephalus vermeiden konnte. H. suchte daher einen dauernden Abfluß der Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit nach der Bauchhöhle in folgender Weise zu erzielen:

Nachdem der Spina bifida-Sack freigelegt war, zeigte sich, daß außer der Haut die Flüssigkeit nur von dem papierdünn abgeflachten Rückenmark umschlossen war. Daß es sich um eine Erweiterung des

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kanals selbst handelte, sah man auch daran, daß der innere Sack mit einer makroskopisch rötlichen, stark gefäßreichen, mikroskopisch zylinderepitheltragenden Schicht bedeckt war. Das Kind wurde auf den Bauch gelegt in steiler Beckenhochlagerung, um den plötzlichen Abfluß der Spinalflüssigkeit während der Operation zu verhindern. Nach Entfernung der dünnen äußeren Haut wurde der Rest der Rückenmarkswand durch etliche Knopfnähte wieder zum engen Kanal geschlossen. Jetzt durchbohrte H. stumpf mit einer Kornzange von der Höhe des untersten Rückenmarksendes das subkutane Gewebe bis zum lateralen Rande der Lumbalmuskulatur. Hier machte er einen 2 cm tiefen Einschnitt mit Eröffnung des Peritoneums. Er zog einen vorher aufs sorgfältigste sterilisierten Docht von 6 Seidenfäden auf diesem stumpf subkutan gebohrten Wege unter der Haut hindurch und ließ den Seidenfadendocht mit einem Ende im Zentralkanal des Rückenmarks enden, und das andere Ende des Seidenfadendochtes versenkte er in die Bauchhöhle. Es war hierdurch eine Verbindung zwischen Spinalkanal und Bauchhöhle geschaffen. Der ziemlich große Defekt der Spina bifida wurde durch plastischen Verzug der seitlich angrenzenden Haut gedeckt, die kleine Inzision nach der Bauchhöhle ebenfalls geschlossen und das Kind für die nächsten 10 Tage dauernd in Bauchlage und Beckenhochlagerung gehalten. Auf diese Weise wurde ein plötzliches Anstauen der Spinalflüssigkeit in der Höhe der Wunde vermieden und so ein Undichtwerden der Naht infolge Durchsickerns der Spinalflüssigkeit hintangehalten und ein reaktionsloser, primärer Verschluß der Wunden erzielt. Die erste Nachbehandlung bot keine Besonderheiten. Die Einheilung der Seidenfäden war in den nächsten 6 Wochen eine absolut glatte. Nur nach Ablauf dieser Zeit bildete sich in der Höhe der Wunde, die nach der Bauchhöhle zu führte, im Anschluß an einen Furunkel eine ganz umschriebene, völlig oberflächliche Eiterung, die erst dauernd zum Stillstand kam, als H. von den 6 Seidenfäden die 2 zu oberst gelegenen sichtlich sekundär infizierten entfernte. Die übrigen Seidenfäden sind bis heute seit mehr als einem halben Jahr reaktionslos geblieben. Inwieweit heute die Seidenfäden noch eine dauernde Drainage der Flüssigkeit ermöglichen, kann H. natürlich nicht direkt nachweisen, sicher ist nur, daß die Seidenfäden eingeheilt sind, und sicher ist, daß das Kind, das vor der Operation alle Zeichen stark gesteigerter Flüssigkeitsansammlung im Zerebrospinalkanal und in den Gehirnventrikeln zeigte, jetzt keinerlei Zeichen von Flüssigkeitsspannung aufweist, daß vielmehr das Kind normale Schädelbildung und normale geistige Entwicklung zeigt. Die Spina bifida-Stelle selbst ist fest verheilt, auf Druck nirgends empfindlich, so daß es nur natürlich ist, anzunehmen, wenn man nicht eine spontane, unerwartete Rückbildung der ganzen Erkrankung annehmen will, daß in der Tat auf diesem Wege eine Entlastung der Flüssigkeitsansammlung und damit eine Ausheilung des Hydrozephalus erzielt ist.

Grätzer.

Cassirer (Berlin), Neuere Erfahrungen über die akute spinale Kinderlähmung. (Ebenda.) Fortbildungsvortrag, in dem C. kurz über alles Wichtige referiert.

Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

W. Hildebrandt (Freiburg), Das klinische Verhalten der Leber bei Scharlach. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 48.) In der weitaus größten Zahl aller Scharlachfälle findet sich pathologisch vermehrte Urobilinausscheidung. Die Urobilinurie folgt in bezug auf den zeitlichen Verlauf ziemlich genau der Temperaturkurve, so daß im allgemeinen Urobilinurie und Fieber gleichzeitig zurückgehen; desgleichen steht die Intensität der Urobilinurie in gewisser, wenn auch nicht ausschließlicher Abhängigkeit von der Fieberhöhe. In der Rekonvaleszenz des Scharlachs findet gewöhnlich keine vermehrte Urobilinausscheidung mehr statt!

Therapeutisch ist der Nachweis der Urobilinurie und damit der parenchymatösen Hepatitis von wesentlicher Bedeutung. Man wird in schweren Fällen, in denen die Urobilinurie bis weit in die Rekonvaleszenz hinein bestehen bleibt, durch Bettruhe und entsprechende Ernährung die Rückbildung des parenchymatösen Prozesses in der Leber fördern.

Über die Prognose der etwas schwereren Formen von Hepatitis parenchymatosa scarlatinosa ist nichts bekannt, da diese Fälle bisher ohne Beachtung der Urobilinurie wohl meist nicht richtig gedeutet wurden. Die ganz schweren Formen von Hepatitis bei Scharlach können zu akuter gelber Leberatrophie führen. Nach Quincke gehört Scharlach zu den „nicht ganz sichergestellten, jedenfalls seltenen Ursachen“ der Laënnecschen Zirrhose. Bei den von H. beobachteten Scharlachfällen mit zum Teil sehr starker Urobilinurie scheint völlige Heilung eingetreten zu sein, wenigstens war die Urobilinurie, welche in dieser Hinsicht ein scharfes Kriterium darstellt, ganz und gar verschwunden.

Während die physikalische Untersuchung bei parenchymatösen Veränderungen der Leber meist versagt, die Funktionsprüfung der Leber mittels Lävulose aber im Beginne einer akuten Infektionskrankheit kaum in Betracht kommt, ist der Nachweis der Urobilinurie das schonendste und zugleich das einfachste und sicherste Verfahren, um eine parenchymatöse Hepatitis zu erkennen.

„Die leichte parenchymatöse Hepatitis, welche die Durchschnittsfälle von Scharlach begleitet, ist durch Urobilinurie ohne Ikterus und ohne Bilirubinurie gekennzeichnet. Sobald die anatomischen Vorbedingungen für den Übergang von Bilirubin aus den Gallenkapillaren in die Lymphbahnen gegeben sind, treten natürlich die üblichen Folgen: Ikterus und unter Umständen auch Bilirubinurie auf.“ (Hildebrandt.)

Vor allem sollten auch die Kinderärzte es sich angelegen sein lassen, in jedem Scharlachfalle das Verhalten des Urobilins im Harn zu prüfen, denn es ist sehr wohl möglich, daß der Scharlachhepatitis für die Pathogenese der Leberzirrhose die gleiche unheilvolle Bedeutung zukommt wie der Scharlachnierenentzündung für die Entwicklung einer chronischen Nephritis. Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

F. Schenk, Über den Übergang der Anaphylaxie von Vater und Mutter auf das Kind. (Aus dem Deutschen Hygien. Institut zu Prag.) (Ebenda.) Aus seinen Versuchen glaubt St. schließen zu dürfen, daß eine Übertragung der Anaphylaxie auch durch das Sperma erfolgen kann, allerdings in viel schwächerem Grade, als dies durch die plazentare Übertragung der Fall ist. Auch findet diese Übetragung in kaum der Hälfte der Fälle statt, wogegen der Übergang des anaphylaktischen Reaktionskörpers von Mutter auf Kind beinahe ausnahmslos stattfindet. Grätzer.

A. Schanz, Die orthopädische Behandlung der Fußgelenkstuberkulose. (Ebenda.) Über seine Behandlungsmethode sagt Verf. folgendes:

Die ganze Kur beruht auf der Tatsache, daß tuberkulöse Entzündungen des Fußgelenkes spontan ausheilen können, und daß diese Ausheilung im jugendlichen Alter sogar in einem hohen Prozentsatz erfolgt. Das Ziel der Kur ist, dem Körper bei der Betätigung der Selbstheilungstendenzen, die zu diesen Spontanheilungen führen, entgegenstehende Hindernisse zu beseitigen und ihn in seinen Heilungsbestrebungen aktiv zu fördern. Wir suchen dies zu erreichen durch eine Allgemein- und eine Lokalbehandlung.

Die Allgemeinbehandlung ist dieselbe, welche wir sonst bei der Bekämpfung tuberkulöser Erkrankungen anwenden. Wir suchen von dem Patienten die Möglichkeit neuer Infektionen fern zu halten. Wir setzen ihn unter günstige, hygienische Bedingungen, sorgen für Licht und Luft, wir bringen die Patienten an die See oder in das Gebirge und dergleichen mehr. Leider machen dabei die sozialen Verhältnisse häufig die Übersetzung unserer Verordnung in die Ausführung unmöglich. Zweierlei aber, und worauf ich neben alledem ganz besonderen Wert lege, können wir in jedem Falle durchführen.

Zuerst gebe ich, abweichend von den heute allgemein üblichen Anschauungen in der Behandlung aller Knochen- und Gelenktuberkulosen, die Verordnung einer möglichst wechselreichen, hauptsächlich vegetarischen Diät unter Vermeidung von Milch. Es hat mich dazu die Beobachtung geführt, daß Kinder, welche reichlich mit Milch ernährt werden, schlechtes Knochenmaterial bekommen, und daß man solchen Kindern durch vegetarische Kost unter Ausschaltung von Milch eine Festigung der Knochen verschaffen kann. Diese Diät hat übrigens auch außerdem eine ausgezeichnete Wirkung für die ganze Konstitution unserer durchgehends mit Milch überfütterten Kinder.

Die zweite Verordnung, welche ich regelmäßig gebe, ist die Schmierseifenkur. Diese Kur, welche auch Hoffa vielfach angewendet und empfohlen hat, scheint tatsächlich einen günstigen Einfluß auf die Ausheilung der Knochen- und Gelenktuberkulosen zu haben.

Von der in Apotheken käuflichen Schmierseife wird täglich einmal, so viel als man in einem Kaffeelöffel entnehmen kann, eingerieben und zwar tourenweise auf wechselnde Körperstellen (Arme, Beine,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brust, Rücken). Die Einreibung wird abends beim Zubettgehen vorgenommen und der eingeriebene Teil gut zugedeckt. Nach einer halben Stunde wird er mit einem in lauwarmes Wasser getauchten Schwamm abgewaschen. Die Einreibungen werden bis zur Ausheilung der Tuberkulose fortgesetzt.

Die lokale Behandlung beginnt mit Anlegung eines Fixationsgipsverbandes. Derselbe reicht vom Zehenansatz bis zum obersten Drittel des Oberschenkels herauf. Der Fuß wird dabei in der Stellung, in welche er durch die Entzündung gebracht worden ist, gelassen. Das Knie kommt in leichte Beugestellung. Die Fortsetzung des Verbandes bis auf den Oberschenkel und die Einstellung des Knies in Beugestellung ist notwendig, um Rotationsverschiebungen des Gipsverbandes am Bein zu verhindern. Als Polsterung wird unter dem Gips nur eine ganz dünne Lage Watte gelegt, die weniger den Zweck einer Polsterung hat, als den, die direkte Berührung des Gipses mit der Hand zu vermeiden.

In diesem Gipsverbande lasse ich die Patienten so lange zu Bett liegen, bis sie selbst energisch aus dem Bett herauszukommen verlangen.

Dann ist es Zeit, zur ambulanten Behandlung überzugehen. Dafür wird der inzwischen hergestellte Schienenhülsenapparat[1]) benutzt. Vor Anlegung des Apparates erhält der Patient einen Leim- oder Pflasterverband, der von dem Zehenansatz bis zu dem Knie reicht, und welcher im Apparate die Aufgabe der Fixation des Gelenkes zu besorgen hat. Über den Verband kommt der Apparat und darüber der Schuh mit dem vorgerückten runden Absatz.

Ist der Patient so weit versorgt, so wird nun nicht von ihm verlangt, daß er sofort aufsteht und geht, obgleich er dies meist sehr gern tut, sondern es wird ganz in seine Entscheidung gelegt, wann er zu gehen beginnen will, und wie viel er geht, auch ob er dabei einen Stock oder Krücken benutzen will oder nicht.

In der Weiterführung der Behandlung wird allmählich, der fortschreitenden Heilung folgend, die Wirkung der Apparate vermindert. Zuerst wird an die Stelle des Leimverbandes oder des Heftpflasterverbandes eine einfache Bindenwicklung gesetzt. Dann beginnt man, die Entlastung zu vermindern. Dazu wird der Apparat so eingestellt, daß die Sohle des Patienten eben die Apparatsohle berührt. Später nimmt man den Oberschenkelteil von dem Apparat weg. Dann stellt man am Fußgelenk Beweglichkeit her. Endlich wird der Apparat ganz abgelegt, und man gibt dem Patienten einen festen Schnürstiefel mit hoch heraufreichender widerstandsfähiger Kappe, und legt in diesen Stiefel eine Stützeinlage, wofür sich am besten die von mir angegebene sogenannte Modelleinlage eignet. Endlich kommt man dann dazu, auf alles zu verzichten.

Von diesem Schema muß man natürlich in jedem einzelnen Falle da oder dort abweichen. Welche Veranlassungen dazu gegeben werden können, welche Abweichungen zu machen sind, kann ich hier nicht durchsprechen: nur ein paar Worte noch über die Resultate. Ich habe schon oben eine Bemerkung darüber gemacht.

---

[1]) Dessen Einzelheiten der Verf. genau schildert.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ebenso wie die tuberkulösen Entzündungen des Hüft- und Kniegelenkes bei orthopädischer Behandlung heilen, so heilen auch die des Fußgelenkes. Das heißt, wir erhalten im jugendlichen Alter so gut wie ausnahmslos Genesung, meist mit voller Funktion. Auch bei Erwachsenen ist die Möglichkeit der Ausheilung durchaus nicht ausgeschlossen. Deshalb muß als Normalbehandlung für die tuberkulöse Fußgelenksentzündung des jugendlichen Alters unbedingt die orthopädische gelten, und auch bei Erwachsenen muß ein ernstgemeinter Behandlungsversuch in dieser Richtung jedem operativen Eingriff vorausgehen. Grätzer.

F. Göppert, Die akuten Herzkrankheiten im Kindesalter. (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 49.) G. gibt dem Praktiker Anhaltspunkte über Dinge, die diagnostisch und therapeutisch zu Zweifeln Anlaß geben. Er bespricht nach dieser Richtung die Endokarditis, Myokarditis usw. Besonders eingehend wird die Herzerkrankung beim Gelenkrheumatismus besprochen. Über das therapeutische Vorgehen hierbei heißt es:

„Therapeutisch ist namentlich bei Gelenkrheumatismus für einen möglichst schnellen Ablauf der Erscheinungen an den Gelenken zu sorgen. Freilich können wir durch unsere Medikamente die Entstehung der Endokarditis nicht verhindern. Aber wir können durch Beseitigung der Gelenkerkrankung, wie Przibam mit Recht hervorhebt, am besten für die Schonung der Kräfte des Kranken sorgen. Hier werden die Dosen meist zu klein bemessen. Während bei einfachen Schnupfenfieber noch bei 3jährigen Kindern $^1/_4$ g Aspirin ausreichend wirkt, bedarf es bei Gelenkrheumatismus in diesem Alter schon einer drei- bis viermaligen Dose von $^1/_2$ g. Zweckmäßig schiebt man in den ersten Tagen der Behandlung, eventuell auch bei einem Rückfalle, eine Dose von 0,2—0,3 g Pyramidon einmal täglich ein. Bei Auftreten von Herzbeschwerden wird das Auflegen eines Blasenpflasters auf die Herzgegend namentlich von Ärzten gerühmt, die selber eine solche Krankheit durchgemacht haben. Später wird ein kühlender Umschlag oder die Eisblase angenehm empfunden. Entwickelt sich ein starkes perikardiales Exsudat, so rät Heubner zu einer Punktion mit feinster Pravaz-Kanüle im vierten Interkostalraum ohne Aspiration. Als Punktionstiefe gibt er 23 mm an. Er hofft, durch diese Methode die Verklebung der Perikardialblätter verringern zu können. Der Empfehlung, durch Digitalis während der akuten Endokarditis auf die Schlagfolge einzuwirken, kann ich mich nicht anschließen. Ich sah nie eine Wirkung, außer eine weitere Störung des schon so darniederliegenden Appetits. Wenn Zeichen der Herzschwäche vorhanden sind, wirkt mitunter Koffein auch subjektiv erleichternd.

Die wesentliche Aufgabe des Arztes besteht meiner Überzeugung nach darin, bis zum Ablauf der entzündlichen Erscheinungen dem Kranken die nötige Körperruhe zu verschaffen. Hier wird oft gefehlt. Viele Kinder stehen schon wochenlang auf, während das Thermometer noch Temperaturen über 38° täglich aufweist. Anfänglich wird dies oft gut vertragen, bis Herzklopfen und Atemnot wieder zu-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nehmen. Es ist daher notwendig, daß der Kranke unbedingt so lange im Bett liegen bleibt, als die Temperaturkurve bei Mastdarmmessung noch 37,8 (bei Bettruhe) zeigt. Damit die Kinder nicht durch die Zimmerluft geschädigt werden, wechsele man nach Vorbild der Heubnerschen Keuchhustentherapie zweimal täglich das Zimmer und lasse das verlassene Zimmer mehrere Stunden unter Zug durchlüften. Sind die Fieberstörungen im wesentlichen verschwunden, so lagere man die Kinder, ehe man sie aufstehen läßt, täglich mehrere Stunden ins Freie. Benutzt man hierzu Liegestühle oder Hängematten, so ist es sehr wichtig, daß die Kinder vom Rücken her vor Abkühlung geschützt werden, da der Rücken durch das lange Krankenlager an Warmliegen gewöhnt ist. Man muß daher selbst im Sommer zu Anfang mehrfach dick zusammengelegte Wolldecken unterlegen. Zugleich beginne man mit Frottieren der Arme und Beine und des Rumpfes. Am zweckmäßigsten benützt man hierzu eine Mischung von Spiritus und Glyzerin zu gleichen Teilen, die unter Schonung der Haut die Hervorrufung einer länger anhaltenden Hautröte erlaubt. Massage von Armen und Beinen können dazu treten, doch dürfen die Manipulationen nicht alle hintereinander vorgenommen werden. Überschreitet in der Ruhe die Pulsfrequenz nicht mehr die Zahl von 100, so lasse man das Kind zunächst kurze Zeit aufstehen. Erst wenn es nur noch einige Stunden im Bett liegen muß, fange man mit kurzen Widerstandsbewegungen an. Dann lasse man das Kind einige Treppenstufen steigen und wiederhole die Übung dann, so daß man es lieber öfter 6—8 Stufen hinauf und gleich wieder herunterkommen, als daß man die gleiche Stufenzahl hintereinander steigen läßt. Nie darf das Kind ermattet oder atemlos sein. Nach jeder Übung und auch nach jedem Spaziergang gehört das Kind zu Anfang ins Bett. In diesem Stadium sind auch 1 %ige Solbäder zwei- bis dreimal in der Woche von kurzer Dauer gestattet. Die angegebene Therapie ist, wenn auch in weniger strenger Weise, selbst in den Fällen durchzuführen, bei denen nur ein systolisches Geräusch ohne andere Herzerscheinungen nachweisbar ist. Immer ist aber in den ersten Jahren nach Beginn der Erkrankung das Prinzip festzuhalten, daß jede Übermüdung vermieden werden muß, Radfahren und Sportbetätigung fallen von selber fort, aber auch längere Märsche sind schädlicher als die gleiche Arbeitsleistung, die das Kind bei Spielen im Freien verrichtet, da hier von selber Erholungspausen sich einschieben.

Gewiß könnte solchen Kindern oft durch einen Aufenthalt in Nauheim genützt werden, doch dürften hierzu die wenigsten Eltern imstande sein; und die angeführte Therapie hat wenigstens den Vorzug, daß sie in der Hand des Arztes Gutes wirkt, auch wenn als Luftkur nur der Balkon im Hofe eines Mietshauses zur Verfügung steht. So gelingt es mitunter auch in anfangs recht ungünstig erscheinenden Fällen, die Kinder wieder so weit zu bringen, daß sie ein normales Leben führen können.

Ist aber die Kompensation erreicht, dann höre man mit der Behandlung auf, und verbiete nur noch das Übermaß in jeder Beziehung, lasse aber dem Kinde sonst Freiheit. Im Notfall ist es besser, eine

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ruhestunde am Tage zu verordnen, als das Kind im Verkehr mit seinen Altersgenossen und im Schulbesuch zu beschränken. Die ärztliche Überwachung, die noch lange Zeit notwendig ist, muß so ausgeübt werden, daß sie den Patienten nicht zum Hypochonder macht.

Das bei dieser Krankheit ärztlich Erreichbare ist leider eng begrenzt. Überall wo größere Veränderungen am Herzen nachgewiesen werden konnten, ist die Prognose selbst bei anfänglich gutem Befinden sehr ernst, um so ernster, je schlechter die soziale Lage der Eltern ist. Denn ein solcher Mensch wird selbst im günstigsten Falle im späteren Leben einer gewissen Schonung bedürfen. Namentlich infolge der Synechia pericardii erlahmt das Herz in vielen Fällen. Wenn es überhaupt erst einmal nach anfänglicher Kompensation zu einer Störung desselben gekommen ist, so ist wohl nur eine vorübergehende Besserung noch zu hoffen. Hier bestehen meistenteils gröbere Veränderungen an Myokard und Perikard. Glücklicherweise gilt dieser Satz nicht ausnahmslos. Ich selber verfüge über einen Fall, der ein Jahr lang schon Kompensationsstörungen zeigte und bei dem in 2jähriger Kur so viel erreicht wurde, daß das Kind nunmehr seit 5 Jahren das Leben seiner Geschwister teilen kann.

Ist nur eine leichte Mitralinsuffizierung zurückgeblieben, so besteht besonders in den ersten 2 Jahren die Gefahr des Rückfalls. Aber auch ohne dies Ereignis zu berücksichtigen, soll man über den Grad der Herzstörung sich vor Ablauf des ersten Jahres kein allzu präzises Urteil erlauben. Ist das Kind zu diesem Zeitpunkt in einen Zustand gelangt, daß es nach dem vorher erwähnten Experiment des Treppenlaufens innerhalb von 3 Minuten die normale Pulsfrequenz wiedergewinnt und nach einem längeren Spaziergang (1 Stunde) nach kurzem Ausruhen keine Veränderung der Pulsfrequenz zeigte, so darf man die Hoffnung aussprechen, daß eine normale Lebensdauer möglich ist. Viele solche Herzkranke werden ja durch ihr Leiden überhaupt nicht mehr behelligt. Nur alle forcierten Anstrengungen in Beruf oder Sport müssen sie auch als Erwachsene meiden, wenn sie ihnen auch anfangs scheinbar gut bekommen. Das Gleiche gilt vom Alkohol und Tabak. Bei Frauen, die selbst nur leichte Herzgeräusche zurückbehalten haben, sind Schwangerschaft und Geburt doch stets riskant und können bei einem fast latenten Herzfehler zu einer schnellen Herzinsuffizienz führen. Hier kann demnach der Arzt bestimmte Prognose nicht stellen.“ Grätzer.

H. Stadelmann (Dresden), Kinderfehler in Schule und Haus als Frühzeichen der konstitutionellen Epilepsie. (Medizin. Klinik. 1910. Nr. 52.) Der Wichtigkeit des Gegenstandes wegen seien die Äußerungen des Verf.s wörtlich wiedergegeben:

„Wir besitzen in den Kinderfehlern Anhaltspunkte für eine Frühdiagnose der konstitutionellen Epilepsie. Sie entstehen auf dem Boden der den epileptisch veranlagten Kindern eigenen übermäßig erleichterten Erregbarkeit einerseits und der zu stark herabgesetzten Erregbarkeit anderseits. Namentlich sind es die Gefühle, die durch diese pathologische Veränderung der Erregbarkeit als krank erscheinen. Die Kinder geraten leicht in Affekt, besonders neigen sie zu starken Aus-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

brüchen von Jähzorn, die sich bis zur Wut steigern können. Sie sind eigensinnig und widersetzlich. Die Intensität des Gefühls ist gesteigert. Aber nicht nur die Gefühlsintensität ist alteriert, auch der Gefühlston erleidet vielfach eine krankhafte Störung. Die positiven Gefühlstöne verkehren sich leicht; sie überstürzen sich zu den negativen. Deshalb sind die Wertungen, die epileptisch veranlagte Kinder den Dingen und Ereignissen beilegen, vielfach pervers. Es entwickelt sich eine Freude an Gräßlichkeiten und an Grausamkeiten. Einige Beispiele hierfür aus der Praxis: Ein 5jähriger Junge zertrampelte einige junge Enten und hatte ein wonniges Gefühl dabei; er stach mit Vorliebe Hunden, Katzen und Pferden mit Stöcken in die Augen, zerdrückte mit der Hand die Goldfische im Aquarium. Ein 10jähriger Junge erwürgte eine Ziege und weidete sich an den Qualen des Tieres. Ein anderer verletzte auf raffinierte Weise seine Angehörigen. Derartige Beispiele ließen sich vermehren. Die Freude solcher Kinder am Obszönen ist nicht selten; ein 4jähriger Junge sprach mit Vorliebe vom Abort, von der Defäkation usw. Wieder ein anderes Kind gebrauchte stets, wenn ihm etwas als hoch und verehrungswürdig vorgestellt wurde, unflätige Ausdrücke darüber. Der Charakter der epileptisch Veranlagten ist oftmals zynisch zu nennen. Altruistische Gefühle sind dabei schlecht ausgeprägt. Der Egoismus spielt bei den epileptisch Veranlagten eine große Rolle, wenn die gesteigerte Erregbarkeit die Intensität des Gefühlstons zu stark werden läßt; die Kinder werden dann rücksichtslos und eigensinnig. Es resultiert eine schwere Erziehbarkeit dieser Kinder, die ethischen Vorstellungen gegenüber schwer oder nicht zugänglich sind.

Anders verhält es sich, wenn die Erregbarkeit eine herabgesetzte ist und durch geringe Gefühlsintensität eine leichte Lenkbarkeit resultiert, durch die man ein Kind mehr dressiert als erzieht. Solche Kinder sind kleinlich in der Bewertung der Dinge; sie neigen zur Pedanterie.

Es gibt moralische Minderwertigkeiten, die die epileptische Veranlagung verraten und die keinem anderen Typus der Veranlagung zugeschrieben werden können, als dem epileptischen. Hysterisch veranlagte Kinder sind, wenn sie moralisch minderwertige Handlungen begehen, durch die Art dieser Minderwertigkeit verschieden von den epileptisch Veranlagten. Während dort eine Brutalität vorherrscht, erscheint die moralisch minderwertige Handlung des hysterischen Kindes mehr durch Phantastereien angeregt. Ein grausamer Ernst spricht aus dem moralisch minderen Benehmen der epileptischen Kinder, indes das moralisch minderwertige hysterische Kind einem nicht ernst zu nehmenden Komödianten gleicht. Differentialdiagnostisch sind diese Erscheinungen vorteilhaft zu verwerten.

Von der Gefühlsintensität und der Art des Gefühlstones hängt die Vorstellungs- und Gedankenassoziation ab. Durch zu starke Gefühlsintensität erleidet das Ich als Komplex eine Einbuße. Es kommt zu geistigen Dissoziationserscheinungen, die das Kind unaufmerksam, zerstreut, zerfahren erscheinen lassen. Dieser Mangel an geistiger Konzentration bringt sowohl für die Erziehung, als insbesondere auch für den Unterricht eine Reihe von Kinderfehlern mit sich.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die geistige Unachtsamkeit, die Denkfaulheit, die Vergeßlichkeit, die übrigens auch durch häufig vorkommende Absenzen verursacht sein kann, sind Kinderfehler, die bei der Frühdiagnose der Epilepsie berücksichtigt werden können. Die Lüge als Kinderfehler hat bekanntermaßen oftmals ihre Ursache in der Vergeßlichkeit, die durch auftretende Absenzen verursacht ist. Diese Art von Lüge kann wieder differentialdiagnostisch verwertet werden der Lüge gegenüber, deren hysterische Kinder sich bedienen; wo es sich dort um Ausfälle aus dem Gedächtnis handelt, treten hier vielfach schwulstige, geistige Neubildungen als Phantastereien auf.

Die Kinderfehler männlicher Kinder verhalten sich durch die dem männlichen Geschlechte eigene größere Aktivität anders als bei weiblichen Kindern, denen mehr Passivität zukommt. Dieser Umstand wird bei der moralischen Minderwertigkeit epileptisch veranlagter Kinder in Betracht zu ziehen sein.

Außer diesen sogenannten „Charakterfehlern" kommen noch andere Fehler in Betracht. Es sind die vom Laien als „Unarten" angesprochenen Erscheinungen, die eigentlich schon deutlicher den Epileptischen kennzeichnen, wie die plötzlich auftretenden Hemmungen im Ablauf eines Handelns. Es werden Kinder zurechtgewiesen und vielleicht auch bestraft wegen ihrer Ungeschicklichkeit, wenn sie beispielsweise im kurz dauernden Zustande einer psychischen Hemmung einen Gegenstand aus der Hand fallen lassen; wenn sie während des Spazierengehens Augenblicke lang stehen bleiben, statt zu gehen und dergleichen mehr. Oder wenn sie in anderen Fällen sich durch eine Neigung zum Erbrechen und auftretende Würgbewegungen unmanierlich benehmen.

In der Schule sind die Kinderfehler der epileptischen Kinder namentlich als geistige Dissoziationserscheinungen zu beobachten. Die leichte Ermüdbarkeit hält den Anforderungen in der Schule nicht lange stand. Die Vorstellungskomplexe lösen sich auseinander. Die Aufmerksamkeit zerfällt. Diesen zentralen Vorgängen entsprechend treten Kinderfehler auf in Form von Unaufmerksamkeit, geistiger Zerfahrenheit, Mangel von Konzentration auf das Unterrichtsthema, endlich Faulheit. Am deutlichsten zeigen sich diese Vorgänge durch die Schrift ausgeprägt. Die Buchstaben werden nicht mehr auf die Linie geschrieben, sie stehen über und unter den Zeilen, werden bald groß, bald klein. Aber nicht nur die Schriftzüge tragen das Zeichen des fortschreitenden geistigen Zerfalles, auch der Inhalt des Geschriebenen wird mangelhaft. Es fallen Buchstaben und ganze Wörter aus. Man kann mitunter an der Hand der Schulhefte eines Kindes die beginnende Epilepsie, wenn auch nicht sofort, diagnostizieren, so doch als wahrscheinlich annehmen; eine weitere Untersuchung und Beobachtung des Kindes wird jedoch in den meisten Fällen zur Diagnose Epilepsie führen.

Zu den in der Schule vorkommenden Kinderfehlern der Epileptischen gehört insbesondere auch das zu Zeiten gesteigerter Erregbarkeit des Kindes auftretende hastige Sprechen, das Überstürzen der Silben; mitunter tritt vollständiges Stottern auf. Die herabgesetzte Erregbarkeit zeitigt die Sprechfaulheit der Kinderfehler.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entsprechend diesen motorischen Sprachstörungen verhalten sich bei den verschiedenen Erregbarkeiten die übrigen willkürlichen Muskeln. Koordinationsstörungen, aus denen die Unruhe, der Drang, sich zu bewegen, die Fahrigkeit mit Armen, Händen und Beinen resultiert, sind Kinderfehler der epileptisch Veranlagten und gelangen weitaus früher zur Beobachtung der Angehörigen und namentlich auch der Lehrer, als der Ärzte. Es erscheint deshalb wichtig, die Lehrer über derartige Vorgänge zu unterrichten; denn die Frühbehandlung der Epilepsie bietet für den Erfolg eine bessere Prognose als die Spätbehandlung, die einsetzt, wenn bereits epileptische Krämpfe aufgetreten sind.

Nimmt man zu diesen diagnostisch verwertbaren Kinderfehlern die große Reihe anderer Frühsymptome der Epilepsie dazu, die sich vielfach auf vegetativem Gebiet abspielen, weiterhin die Auskundschaftung über gesundheitliche Verhältnisse des Kindes von seinen ersten Lebenstagen angefangen, ob z. B. in frühester Kindheit Darmkatarrhe bestanden haben, ob zu dieser Zeit Krämpfe vorhanden waren, ferner die Vererbung, dann wird die Frühdiagnose Epilepsie gestellt werden können, um daraufhin die Frühbehandlung zu beginnen.

Hinsichtlich der Vererbung sei bemerkt, daß Vater oder Mutter (mitunter auch Geschwister) des im Epilepsieverdacht stehenden Kindes oftmals Symptome aufweisen, die als epileptische Frühsymptome anzusehen sind. Hierher gehören namentlich Magen- und Darmstörungen, die ohne Diätfehler spontan auftreten, der zeitenweise sich einstellende landkartenförmige Zungenbelag und dergleichen, aber auch die Charakteräußerungen, die sonst den Epileptischen zugesprochen werden müssen. Es handelt sich in solchen Fällen gewiß um eine nicht völlig zum Ausbruch gekommene epileptische Veranlagung. Denn die Epilepsie ist eine Konstitutionserkrankung, die eine Fülle von Symptomen hervorbringt; der Anfall ist eines ihrer stärksten.

Die Frühbehandlung der Epilepsie soll stets anstaltsmäßig durchgeführt werden; wenn das Kind nicht stets unter entsprechender ärztlich-pädagogischer Behandlung und Beaufsichtigung ist, kann, wie die Erfahrung lehrt, von Erfolg wenig die Rede sein.

Wir besitzen in den Kinderfehlern der epileptisch veranlagten Kinder ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose Epilepsie. Leider kommen diese Kinderfehler meist zu spät zur Kenntnis des Arztes. Es erscheint deshalb ein Zusammenarbeiten des Arztes mit dem Pädagogen wichtig im Interesse eines frühzeitigen Erkennens der Epilepsie, wie auch in einem Nutzbarmachen pädagogischer Methoden die Epilepsiebehandlung gewinnen wird. Es gibt gewiß Kinder mit den den epileptisch Veranlagten eigenen Kinderfehlern, ohne daß jemals Anfälle auftreten; denn die Veranlagungen sind verschieden, und das Leben gleicht viel aus; allein die Charakteranlage Epileptischer bleibt bestehen, vielleicht nur im Zusammenhang mit einzelnen epileptischen Vorsymptomen. Diese Charakteranlage kann das Kind in reifen Jahren zu abnormen Äußerungen bringen, die auf das Gebiet der Kriminalität fallen. Auch aus diesem Grunde mag es angezeigt

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erscheinen, daß man die Kinderfehler, die man epileptischer Veranlagung zuschreiben muß, zur Feststellung der Diagnose Epilepsie verwendet. Grätzer.

E. Fröschels, Zur Differentialdiagnose zwischen Taubstummheit und Hörstummheit. (Aus der k. k. Univers.-Ohrenklinik in Wien.) (Ebenda.) Wenn ein am übrigen Körper kitzliges Kind im äußeren Gehörgang nicht auf Kitzel reagiert, so spricht das für eine Schädigung des Gehörs. Ist dieses Kind gleichzeitig stumm, so können wir die Diagnose auf Taubstummheit stellen. Zeigt sich hingegen bei Stummheit lebhafte Kitzelreaktion im Meatus auditorius externus, so spricht das für Hörstummheit. Nicht verwendbar ist das Symptom bei Kindern, die überhaupt nicht kitzlig sind. Grätzer.

V. Pexa (Prag), Experimenteller Beitrag zur Forschung über die Tetanie des Kindesalters. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 1—3.) Bei einem jungen, mit kalkfreier Kost gefütterten Hunde wurden folgende Befunde erhoben: 1. im klinischen Bilde als äußerst auffallendes Symptom eine Passivität des Tieres gegen äußere Eindrücke; 2. absoluter Mangel einer gesteigerten elektrischen Erregbarkeit im peripheren Nervensystem; 3. deutliche Abnahme des Kalkgehaltes des Zentralnervensystems; 4. reichlicher Glykogengehalt in den sonst unveränderten Epithelkörperchen.

Der Ursprung der Tetanie und der Spasmophilie überhaupt kann allein in einem ungenügenden Kalkgehalt der Organe beruhen, denn bei einem Versuchshund trat keine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit im peripheren Nervensystem auf, obwohl der Kalkgehalt seines Gehirns infolge des kalklosen Futters bedeutend vermindert war. Sollte bei der Tetanie dennoch der Kalkmangel der Organe eine Rolle spielen, dann könnte die Entstehung der Tetanie durch die entgiftende Tätigkeit der Epithelkörperchen verhütet werden. Hecker.

F. Proskauer (Berlin), Über den Erdkaligehalt des Säuglingsblutes bei Ernährungsstörungen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 1—3.) Verf. gewann das Blut durch Herzpunktion bei gestorbenen Säuglingen und brachte außer 5 Kontrollfällen nur 5 einschlägige Fälle zusammen. Es ergab sich, daß das Blut von Kindern verschiedensten Alters denselben Gehalt an Erdalkalien aufweist, wie das Erwachsener. Eine viel stärkere Erhöhung dieses Gehaltes zeigte das Blut von Säuglingen, die an Ernährungsstörungen in anscheinend akutem Anfall gestorben waren. In den 4 Fällen zeigte sich eine evidente Vermehrung des Kalziums, weniger des Magnesiums im Blut, was man wohl bei der gleichzeitigen leichten Erhöhung in den Kontrollfällen als etwas Besonderes betrachten darf. Hecker.

P. Heim und **K. John** (Budapest), Pyrogene und hydropigene Eigenschaften der physiologischen Salzlösung. Die Bedeutung der Exsikkation. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 1—3.) Bei der alimentären Dekomposition, wo es sich nicht um eine Eintrocknung, sondern um Einschmelzung ohne Eindickung des Blutes handelt, ist von der Zufuhr einer physiologischen Lösung

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nichts zu erwarten. Die im Vordergrund stehende Demineralisation, die sekundäre Wasserabgabe, die normalen Werte der Blutkonzentration, die sukzessive Einschmelzung alles Organischen bringen diese Überlegung dem Verständnis nahe. Die Möglichkeit eines Folgezustandes in Form von febrilen und hydropischen Erscheinungen lassen die Zufuhr des Kochsalzes bei den in Rede stehenden Fällen geradezu als gefährlich erscheinen. Bei Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch in diesem Stadium ergibt sich zunächst weiterer Verlust der Mineralstoffe und erst nach Wochen eine endgültige Reparation durch Retention von organischen Baustoffmaterial der Zellen.

Bei den verschiedenen, lebensbedrohenden Exsikkationsformen der Sommermonate jedoch (Cholera infantum) und speziell bei der schwersten Form von Eintrocknung, der alimentären Intoxikation, d. i. bei Zuständen mit refraktometrisch nachweisbarer Eindickung des Blutes, in welchen der Säuglingskörper einer überheizten Maschine gleicht, deren Funktionstüchtigkeit, selbst Konstruktion, ein rapid auftretender Wassermangel und Wasserverlust in höchstem Maße gefährdet, ist die Zufuhr von physiologischer Salzlösung, ein Heilverfahren, welches geeignet ist, die Mortalität dieser Krankheitsformen herabzusetzen.

Die enterale Zufuhr der physiologischen Salzlösung wird speziell empfohlen gegenüber der subkutanen. Hecker.

J. A. Schabad (St. Petersburg), Zur Bedeutung des Kalkes in der Pathologie der Rachitis. Abhandlung IV. Der Phosphorstoffwechsel bei Rachitis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 1—3.) Im Entwicklungsstadium der Rachitis läßt sich neben erhöhter Kalkausscheidung eine Zunahme der Phosphorausscheidung nachweisen. Die erhöhte Phosphorausscheidung übertrifft meistens den äquivalenten Kalkgehalt des Knochens, so daß eine Beteiligung des phosphorreichen Nervengewebes an dem pathologischen Prozesse wahrscheinlich ist. Die vermehrte Phosphorausscheidung geht ausschließlich durch den Kot vor sich, wobei der Phosphorgehalt des Harns sogar eine Abnahme gegen die Norm erfährt (Hypophosphaturie). Das Verhältnis zwischen dem Phosphorgehalt des Harns und Kotes wird zugunsten des Phosphors im Kot verändert. Bei Säuglingen wird das normale Verhältnis von 80 : 20 in 65 : 35 bei Rachitis verändert, und bei künstlich ernährten Säuglingen und älteren Kindern wird das normale Verhältnis von 60 : 40 sogar umgekehrt und in 40—44 : 60—56 verwandelt.

In der Rekonvaleszenz von Rachitis ist die Gesamtausscheidung von Phosphor geringer als normal. Das Verhältnis zwischen Phosphorgehalt des Harns und Kotes kehrt zur Norm zurück, wobei sogar eine relative Erhöhung der Phosphorausscheidung im Harn, und zwar 75 : 25 beobachtet wird (Hyperphosphaturie).

Zwischen der Kalk- und Phosphorausscheidung im Kot ist ein enger Zusammenhang nachzuweisen: Erhöhung der Kalkausscheidung im Kot führt zur Retention von Phosphor im Darm und umgekehrt.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zunahme der Phosphorausscheidung im Kot führt zu entsprechender Kalkretention im Darm.

Da bei Rachitis im Vergleich zum Kalk mehr Phosphor ausgeschieden wird, so ist die Möglichkeit ausgeschlossen, die Phosphorausscheidung auf Zunahme der Kalkausscheidung zurückzuführen. Es liegt näher, in der erhöhten Phosphorausscheidung das primäre Moment der Stoffwechselstörung zu suchen. Hecker.

F. v. Szontagh (Budapest), Zur Frage der Kontagiosität des Scharlachfiebers. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 1—3.) Der Scharlach zeigt in vieler Hinsicht Analogien mit der Rose, der eitrigen Mandelentzündung und der puerperalen Sepsis. Die eitrige Halsentzündung tritt nicht selten epidemisch auf, und solche Epidemien fallen häufig mit Epidemien von Scharlach zusammen. Der Scharlach kann in gewissen Fällen ausschließlich im Bilde der Angina tonsillaris verlaufen. Das Gift beider Erkrankungen muß, wenn nicht identisch, so doch sehr nahe verwandt sein. Da nun die Angina ätiologisch keine einheitliche Krankheit ist, so erscheint es wahrscheinlich, daß auch die Ätiologie des Scharlachs keine einheitliche ist. Dasselbe gilt bezüglich des Kindbettfiebers, des Rotlaufs, der Sepsis und der Pyämie. Hecker.

O. Retzlaff (Magdeburg-Sudenburg), Über Sepsis nach Varizellen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 1—3.) Drei leichte Fälle von Varizellen, die zur Infektion von Erwachsenen geführt hatten, und ein schwerer, an sekundärer Streptokokkensepsis letal geendigter Fall. Hecker.

Th. Hoffa (Barmen), Über die Erfolge der Anstaltspflege von gesunden und kranken Säuglingen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 1—3.) Bezüglich der Anstaltspflege hebt Verf. als wesentlich hervor die Verbesserung der allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse entsprechend den Grundsätzen der modernen Krankenhaushygiene; die stete Berücksichtigung der wissenschaftlichen und praktischen Ergebnisse der Pädiatrie, speziell der Ernährungsphysiologie, -pathologie und -therapie des Säuglings; die möglichst ausgiebige Verwendung der natürlichen Ernährung (Hausammen); die Sorge für gute Pflege (gut geschultes, gebildetes Personal), exakte Asepsis. Wichtig ist gewissenhafte und geschickte Beobachtung der Kinder vom Arzt und vor allem vom Personal, welches gebildet sein soll und vom Arzt zur rechten Beobachtung zu erziehen ist. Eine Pflegerin kann 5—6 Säuglinge versorgen. Den gesamten Nachtdienst bei 40—50 Kindern versehen 2 Schwestern je 14 Tage lang. Bezüglich der Ernährung der Neugeborenen und jungen Säuglinge wird mitgeteilt, daß ein Teil mit $^1/_3$, $^1/_2$ und $^2/_3$ Milch, der andere mit Buttermilch ernährt wurde, und daß der Vergleich der Methoden entschieden zugunsten der Buttermilch ausfällt. Diese wurde bis zur 6. Woche stets ohne Mehl, nur mit 5% Rohrzucker verordnet. Der Erfolg der Anstaltspflege bei neugeborenen und jungen Säuglingen war mindestens so gut, wie er unter gleichen Verhältnissen im Privathaus zu erwarten gewesen wäre. Hecker.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Nothmann, Zur Frage des Kochsalzfiebers beim Säugling. (Kinderasyl der Stadt Berlin, Oberarzt Prof. Finkelstein.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 1. S. 74.) Verf. weist darauf hin, daß die widersprechenden Angaben der Literatur bezüglich des durch oral verabreichte Kochsalzlösungen auslösbaren Fiebers zum Teil auf die verschiedene Art der Dosierung zurückzuführen sei. Bei seinen Versuchen wurde als Standarddosis 100 ccm einer 3%igen Kochsalzlösung gewählt. Diese Dosis wurde in 2 gleichen Teilen im Abstande von 2 Stunden aus der Saugflasche gereicht.

Es ergab sich, daß bei dieser Dosis nicht nur Säuglinge in den ersten 3 Lebensmonaten mit Fieber reagierten, sondern auch ältere Säuglinge, letztere allerdings mit steigendem Alter in fallender Häufigkeit. Wenn ältere Kinder positiv reagierten, so zeigten sie häufig hohe Temperaturen. Verf. meint, daß auch größere Kinder bei entsprechender Steigerung der Dosis reagieren dürften. Zu den Symptomen der Kochsalzreaktion gehört nicht allein die bisher am meisten beachtete Temperaturerhöhung, sondern auch eine Änderung der Darmfunktion im Sinne einer Dyspepsie und bei tetanischen Kindern eine Beeinflussung des Nervensystems, wobei latente Tetanie vorübergehend manifest werden kann. Am meisten Einfluß auf das Zustandekommen der Reaktion hat neben dem Moment des Alters der Zustand des Darmkanals. Ernährungsgestörte Kinder sind viel empfindlicher als gesunde. Dasselbe Kind zeigt bei Ernährungsstörung positive Kochsalzreaktion und nach Heilung der Ernährungsstörung negative oder schwächere Reaktion. Der Einfluß der Ernährungsart auf den Ausfall der Reaktion ist noch nicht sichergestellt; diejenige Ernährungsart, die zu günstigem Ablauf der Darmfunktionen führt, also einen günstigen Zustand des Darmkanals herbeiführt, wird das Zustandekommen der Reaktion beeinträchtigen. Es ist also die Kochsalzreaktion keine unveränderliche Größe, sondern schwankt nach dem Zustand des Kindes zur Zeit der Prüfung. Schick.

H. Risel, Säuglingssterblichkeit und Außentemperatur im Winter. (Klinik Soltmann.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 1. S. 92.) Verf. hat an Hand des Leipziger Materiales die Frage studiert, ob zwischen großer Winterkälte und Säuglingsmortalität Beziehungen aufzudecken sind. Es folgten sich nämlich ein extrem kalter Winter (1908/09) mit 75 Frosttagen für Leipzig und ein sehr warmer (1909/10) mit nur 20 solchen. Das Ergebnis der Untersuchung war negativ. Es ließen sich keinerlei Beziehungen zwischen Säuglingssterblichkeit und selbst strenger Kälte nachweisen. Schick.

M. Calvary, Über den Energiebedarf künstlich genährter junger Säuglinge. (Kinderhort Breslau, Vorstand Dr. Freund.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 1. S. 99.) Vier junge, künstlich genährte Säuglinge (in der 2.—5. Woche aufgenommen) zeigten bei einer Energiezufuhr von etwa 55—82 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht befriedigende Entwicklung. Dieses Ergebnis macht es, in Verbindung mit den von Budin gefundenen Werten (ca. 72—102 Kal.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wahrscheinlich, daß der von Heubner für den künstlich genährten Säugling geforderte Energiequotient von 120 Kalorien zu hoch angesetzt ist. Eine Ausnahme dürften nach Angabe anderer Autoren frühgeborene und zurückgebliebene Kinder machen. Verf. gibt aber zu, daß es trotzdem möglich ist, auch bei größerer Energiezufuhr gutes Gedeihen zu erzielen. Schick.

W. Birk, Beiträge zur Physiologie des neugeborenen Kindes. I. Mitteilung. Über den Nahrungsbedarf frühgeborener Kinder. (Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus Berlin, Direktor Prof. Keller.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 5—6. S. 279.) Verf. erörtert die Schwierigkeit des Studiums des Nahrungsbedarfes namentlich frühgeborener Kinder. Sie ist besonders auf die natürliche Ernährung angewiesen. Für die ersten Tage besteht Gefahr der Unterernährung, da die Kinder nicht spontan genügend trinken. Auch bei künstlicher Zufuhr von Nahrung (Sonde) werden sie leicht asphyktisch, bei darauf eingeleiteter künstlicher Atmung tritt leicht Erbrechen auf. Später besteht eher Gefahr für Unterernährung.

Bei 2 frühgeborenen Kindern, die mit Frauenmilch ernährt wurden, zeigte sich so lange Gewichtsabnahme (dies dauerte 1 Woche), bis die Kalorienzufuhr auf etwa 100 Kalorien pro Kilogramm gestiegen war. Bei anderen genau verfolgten Fällen zeigte sich nun, daß frühgeborene Kinder ganz erstaunliche Nahrungsmengen konsumieren können (150 bis 160 Kalorien). Verf. fiel aber auf, daß die Kinder auch bei viel geringerer Nahrungszufuhr noch immer Gewichtsanstieg zeigten, dies ließ ihn bezweifeln, daß der Energiebedarf des frühgeborenen Kindes wirklich so groß sei, wie bisher angenommen wurde. Verf. fordert zum Studium dieser Frage dosierte Mengen von Frauenmilch oder künstliche Ernährung und zeigt an dem Beispiel einer 1730 g schweren Frühgeburt, die nach anfänglichen Mißerfolg bei Rohmilchernährung dosierte Frauenmilch (ca. 300 g pro die auf 5 Mahlzeiten verteilt) erhielt, daß das Kind bei diesem Kalorienwert von ca. 113 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht so lange gut zunahm, bis nicht der Energiequotient auf 86 herabgesunken war.

Bei künstlicher Ernährung kommt auch die Frage der Ernährungsform in Betracht. Verf. konnte in zahlreichen Versuchen zeigen, daß der Nahrungsbedarf frühgeborener Kinder — geeignete Nahrung vorausgesetzt — keinen höheren Wert erreicht als der des normalen Kindes. Am besten bewährte sich Buttermilch. Vollmilchmischungen bewährten sich nicht. Der Mißerfolg dürfte darin seinen Grund haben, daß der Bedarf an Kalorien in der Buttermilch hauptsächlich durch Kohlehydrate gedeckt wird, während in der Vollmilch das Fett der Hauptträger der Kalorien ist. Daraus würde sich ergeben, daß vom künstlich ernährten Frühgeborenen der Kalorienwert des Fettes vielleicht noch nicht so verwertet werden kann als vom ausgetragenen Kind. Schick.

H. Selter (Bonn), Der Stand der Schularztfrage. (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. 3. Folge. 1911. Bd. 41. Heft 1.) Das beste System des Schularztes ist nach Verf. Anstellung eines Stadtarztes mit Schulärzten im Nebenamt oder Verbindung von Stadtarzt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Kreiskommunalarzt) und Schularzt in einer Person. Notwendig ist die weitere Ausdehnung der schulärztlichen Einrichtung, vor allem auch auf die höheren Lehranstalten. Die Organisation des schulärztlichen Dienstes ist einheitlich zu regeln. Nothmann (Wilmersdorf).

A. Ehrhardt (Carlshof bei Rastenburg), Über die Verhütung der Nervosität und der Geisteskrankheiten durch eine gesundheitsgemäße Erziehung der Kinder und der heranwachsenden Jugend, besonders in der Schule. (Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 42. Heft 4.) Die erschreckend hohe Zahl der Nervösen und Geisteskranken im Deutschen Reiche zwingt den Arzt dazu, sich mit der Prophylaxe dieser Krankheiten zu befassen. Da sie in ihren Anfängen meistens in die Kindheit zurückreichen, muß auch die Prophylaxe in diesem Alter einsetzen. Unter sämtlichen Kindern sind etwa 1 % geisteskrank oder nervös, für diese Ausbreitung der geistigen Erkrankungen in diesem Alter spricht auch das Steigen der Schülerselbstmorde, deren häufigste auslösende Ursachen Erlebnisse der Sexualsphäre und der Schule sind. Häufige Ursachen der geistigen Erkrankungen bei Kindern sind erbliche Belastung, Trunksucht der Eltern, falsche Erziehung im Hause, aber auch die Schule ist nicht ganz freizusprechen, da sie häufig eine Überbürdung der Schüler schafft, die natürlich um so folgenreicher für die Gesundheit des Betreffenden sein wird, wenn es sich um ein erblich belastetes oder auch in anderer Hinsicht geistig geschädigtes Individuum handelt. Damit die Schule als schädigendes Moment für die Kinder wegfalle, müssen folgende Forderungen erfüllt sein: Der Schulunterricht sollte, abgesehen von wöchentlich 3 Turnstunden, nur am Vormittage stattfinden, und auf den unteren Klassen der Mittelschulen 4, auf den oberen 5 Stunden dauern, mit 3 (bzw. 2) Pausen von 10 Minuten und einer von 15 Minuten. Er sollte erst um 8 Uhr beginnen.

Die häuslichen Arbeiten sollten auch den schwächsten Schüler der oberen Klassen nur 2—3 Stunden in Anspruch nehmen.

Den Schülern aller Klassen sollten wöchentlich 2 Handarbeitsstunden in der Tischlerei und Gärtnerei gegeben werden.

Allwöchentlich sollte den Schülern ein Nachmittag eingeräumt werden, welcher von jeder Schularbeit frei ist.

An Stelle der dritten Turnstunde ist wöchentlich ein 2 stündiger Klassenspaziergang ins Freie unter Leitung eines Lehrers erstrebenswert.

Die Schüler der unteren Klassen von Sexta an sollten 10 bis 11 Stunden, diejenigen der 4 oberen Klassen von Untersekunda an $9^1/_2$ Stunden für den Schlaf haben.

In der Schule sollte während zweier Schuljahre ein geschlechtlich-hygienischer Unterricht stattfinden, und zwar im 14. und 18. (bei Mädchen im 14. und 16.) Lebensjahre, welcher namentlich die Fragen des Alkoholismus und des natürlichen Geschlechtstriebes, sowie einer gesunden Körperpflege behandeln sollte. Er sollte durch Schulärzte geschehen. Eine dritte hygienisch-geschlechtliche Belehrung sollte im 21. Lebensjahre, insbesondere auf den Hoch- und Gewerbeschulen und beim Militär stattfinden. Nothmann (Wilmersdorf).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

P. Joedicke, Über kombinierte Arsen-Eisen-Brom-Therapie bei Epilepsie. (Psych.-neurol. Wochenschrift. 1910/11. Nr. 35.) Verf. gab neben den gewöhnlichen Bromnatriumdosen bei Epilepsie schwächlicher, in der Ernährung heruntergekommener Individuen 3 mal täglich einen Eßlöffel oder 50 g pro Tag Arsenferratose; dies entspricht 2,5 Ferratin und 0,0015 Arsen organisch miteinander verbunden. Das Mittel wurde stets gern genommen, und auch bei längerer Darreichung des Präparates stellen sich niemals Verdauungsstörungen ein. Der Hämoglobingehalt nimmt zu, das Blutbild bessert sich, Appetit und subjektives Wohlbefinden heben sich, das Körpergewicht nimmt zu. Mit der Kräftigung der Körperkonstitution geht eine erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen die epileptischen Anfälle Hand in Hand. Eine etwaige Bromakne wird durch die Arsenkomponente günstig beeinflußt. .8 Fälle, die meist mit der Therapie gebessert wurden, werden angeführt. Kurt Mendel.

S. Canestrini, Über neue Symptome bei der Heine-Medinschen Erkrankung. (Jahrbücher f. Psychiatrie. 1910. Bd. XXXI. Heft 2 und 3.) Die in Steiermark im Jahre 1909 epidemisch aufgetretene Poliomyelitis erzeugte außer den schon bekannten Schädigungen oft auch Störungen der Vasomotilität und Störungen der Trophik der Haut. Diese führen einerseits zu Veränderungen des Blutdruckes (Erhöhung desselben im Gebiete der motorischen Lähmungserscheinungen und parallel mit letzteren verlaufend), andrerseits zu Erkrankungen der Haut (Erythem, Keratosis).

Bei den vorliegenden Erkrankungserscheinungen handelt es sich wahrscheinlich um eine durch die anatomische Herderkrankung und funktionelle Betriebsstörung gesetzte Schädigung im Gleichgewichtszustande der Vasomotilität. Diese führt einmal zur Beeinflussung der Blutdruckverhältnisse, ein anderes Mal zur angioneurotischen Erkrankung der Haut und in den von diesen beiden Erscheinungen verschonten Fällen möglicherweise zu einer gegenseitigen Aufhebung und anderweitigen Kompensation der gesetzten vasomotorischen Leistungsänderungen. Sicher haben wohl auch zirkulierende Toxine auf dem Lymph- oder Blutwege zum mindesten hinsichtlich der Hauterscheinungen genetischen Anteil. Kurt Mendel.

Citelli, Intubation und Tracheotomie bei akuten Larynxstenosen der Kinder. (Zeitschrift f. Laryngol. Bd. III. Heft 3.) Während die meisten Bearbeiter der operativen Behandlung der akuten Larynxstenose entweder der Tracheotomie oder der Intubation den Vorzug gaben, ist Verf. der Überzeugung, daß beide Operationen sich ausgezeichnet ergänzen, so daß man häufig durch Kombination beider Methoden bessere Resultate als bisher erzielen kann. Bei akuter Larynxstenose ist die Intubation der Nottracheotomie bei weitem vorzuziehen. Tritt nach Entfernung der Tube wieder eine Stenose auf, so tut man gut, wieder zu intubieren und gleich die Tracheotomie anzuschließen, und zwar in der Gegend des zweiten und dritten Trachealringes. Wenn nach 6—12 Tagen das Dekanülement auf Schwierigkeiten stoßen sollte, läßt man die Tube länger liegen und führt wöchentlich einmal eine Tube in den Larynx ein, um Ver-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wachsungen zu verhüten. Ist nach dieser Zeit immer noch eine Stenose da, so kann man nochmal intubieren und die Tube im Larynx durch die Trachealwunde hindurch fixieren. A. Sonntag.

Meyer, Über nasale Fortsätze hypertrophischer Rachenmandeln. (Zeitschrift f. Laryngol. Bd. III. Heft 3.) In den meisten Fällen erreicht das adenoide Gewebe die Choanen nicht völlig. Manchmal erstrecken sich jedoch Teile der Rachenmandel, die an der vorderen Keilbeinwand angeheftet sind, in das Innere der Nase hinein. Mit dem Beckmannschen Instrument sind sie nicht zu entfernen, ihre Beseitigung geschieht am besten durch die Nase mit der kalten Schlinge. Verf. berichtet über einen Fall von besonders großen derartigen Fortsätzen bei einem Patienten, der früher mehrfach vergeblich operiert worden war. A. Sonntag.

Kümmel, Ein Beitrag zur Bedeutung der Wassermannschen Reaktion und der diagnostischen Alttuberkulininjektion für die Erkenntnis der Ätiologie der Keratitis parenchymatosa. (Aus der Univ.-Augenklinik Erlangen.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dezember 1909.) Für die Keratitis parenchymatosa kommen als ätiologische Momente hauptsächlich zwei Krankheiten in Betracht, die Syphilis, meist angeboren, und die Tuberkulose. Vor den anderen selten obwaltenden Ursachen, wie Infektionskrankheiten, kann man im allgemeinen in praktischer Hinsicht absehen.

Als Hauptursache gilt die angeborene Lues, für die sie ein wichtiges Symptom bildet; oft findet man noch andere Hinweise auf angeborene Lues, wie anamnestische Angaben (Aborte), oder objektive Zeichen: Hutchinsonsche Zähne, Narben usw.

In zweiter Linie kommt Tuberkulose in Betracht, wofür auch anatomische Beweise vorliegen.

In den vom Verf. näher beschriebenen 11 Fällen von Keratitis parenchymatosa, deren 7 mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit auf Lues, 3 auf Tuberkulose zurückzuführen waren, fiel die Wassermannsche Reaktion in allen Fällen positiv aus, ebenso ergab in 9 Fällen, bei denen die Untersuchung daraufhin durchgeführt wurde, die Alttuberkulininjektion ein positives Resultat.

Ob sonach diese Reaktionen für die Erkennung der Ätiologie der Keratitis parenchymatosa von Wert sind und welcher von beiden der Vorzug zu geben ist, erscheint noch strittig; vielleicht scheint der Wassermannschen die größere Wichtigkeit zuzukommen.

Sommer (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

A. Flinker (Czernowitz), Über Kretinismus unter den Juden. (Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 52.) F. hat in Kretinenortschaften praktiziert und dort interessante Beobachtungen gemacht. So konnte er zunächst bestätigen, daß alle Bewohner einer Kretinengegend von der Krankheit heimgesucht werden, keine Rasse verschont bleibt.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch für die Ätiologie waren die Beobachtungen nicht ganz wertlos. Die von Smith-Barton ausgesprochene Meinung, daß der Kretinismus sich erst nach einer mehrere Jahrhunderte langen Einwirkung der endemischen Ursachen auf eine seßhafte Bevölkerung in Kropfgegenden entwickle, ist schon von Virchow widerlegt worden, der darauf hinwies, daß der Kretinismus bei Kindern aus nicht kröpfigen und nicht kretinistischen Familien auftritt. Die Beobachtungen über das Auftreten des Kretinismus unter den Juden bestätigen neuerlich die Tatsache, daß die endemischen Ursachen, welche den Kropf und Kretinismus erzeugen, bei Eingewanderten sich schon in der ersten Generation bemerkbar machen. Denn die Ahnen dieser Kretinen sind, körperlich und geistig gesund, in die Kretinenorte eingewandert, und der endemische Einfluß hat sich sofort in der ersten Generation durch das Auftreten des Kropfes, seltener des Kretinismus, in der zweiten durch manifeste kretinistische Degeneration bemerkbar gemacht.

Aber noch in einer anderen Richtung scheinen die Beobachtungen über die jüdischen Kretinen sehr lehrreich. In neuerer Zeit hat nämlich Kutschera eine Reihe von Beobachtungen mitgeteilt, aus denen hervorgehen soll, daß der Kretinismus durch persönlichen Kontakt übertragbar ist. Durch nahezu ein Dezennium hat F. in den Kretinenortschaften die ärztliche Praxis ausgeübt und ist oft genug in die Hütten dieser unglückseligen Geschöpfe gekommen, aber niemals hat er eine Wahrnehmung gemacht, welche an eine Übertragung des Kretinismus von Person zu Person denken ließ. F. hat, durch die Publikation Kutscheras veranlaßt, in allen Kretinenfamilien hinsichtlich einer eventuellen Übertragbarkeit des Kretinismus die eingehendsten Untersuchungen vorgenommen, hierbei jedoch in keinem einzigen Falle Gelegenheit gehabt, die Vermutung Kutscheras zu bestätigen. Dagegen hat er zahlreiche Anhaltspunkte gefunden, die ganz entschieden gegen die mehrgenannte Hypothese sprechen. Denn die in die Kretinenortschaften eingewanderten Juden sind infolge ihrer religiösen Satzungen, sowie vermöge ihrer sozialen Ausnahmestellung mit der einheimischen, von Kretinismus heimgesuchten Bevölkerung niemals in so innigen Kontakt gekommen, wie ihn Kutschera für die Übertragung der Krankheit voraussetzt. Aber die Umstände, unter denen der Kretinismus in den einzelnen jüdischen Familien aufgetreten ist, sprechen mit aller Entschiedenheit gegen eine solche Übertragung. Denn auch in diesen Familien, die in tiefster Armut leben, schlafen die Kinder in gemeinsamen, von Schmutz starrenden Betten. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten ist jedoch zu entnehmen, daß in den meisten Fällen die jüngeren Kinder von Kretinismus frei blieben, trotzdem sie mit ihren älteren, zum Teil hochgradig kretinistischen Geschwistern aufgewachsen sind, ja nicht selten von ihnen gepflegt und gewartet wurden.

Grätzer.

H. Kokall (Brünn), Der Scharlach und dessen Weiterverbreitung. (Ebenda.) Aus seinen Beobachtungen erschließt K. folgende Anschauungen für die Praxis:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Die bisher, wenn auch noch so einwandfrei geübte Desinfektion bei, während und nach Scharlacherkrankungen hat keinen nennenswerten Einfluß auf die Eindämmung dieser Infektionskrankheit, ohne daß selbstverständlich die Desinfektion damit überflüssig würde, weil doch einmal gelegentlich Keime an Gegenständen virulent bleiben könnten.

2. Als hauptsächlichster Träger des Ansteckungsstoffes kommt der Mensch selbst und speziell die Mundhöhle desselben in Betracht, und zwar nicht nur im Inkubationsstadium und während der Dauer, sondern auch noch längere Zeit nach der Krankheit. Ein bestimmter Termin bis zum Erlöschen der Ansteckungsmöglichkeit läßt sich nach den gewonnenen Erfahrungen nicht fixieren. Jedenfalls liegt derselbe jenseits der sonst üblich angenommenen 6 wöchigen Karenzfrist.

3. Da sich eine derartig lange Kontumazierung Scharlachkranker auch nach der scheinbaren Genesung praktisch kaum mit Aussicht auf Erfolg durchführen läßt, andererseits eine Desinfektion der Mundhöhle der Erkrankten bei dem heutigen Stande unseres Wissens keine Aussicht auf Erfolg bietet, muß, analog anderen Verhältnissen, etwa den Händen des Operateurs, getrachtet werden, die Mundhöhle der Kranken auf geeignete mechanische Weise keimfrei zu machen.

4. Alle diese Maßnahmen sind nur Provisorien bis zur Entdeckung des spezifischen Krankheitserregers, der Erforschung seiner Lebensbedingungen und der Gegenmittel gegen ihn und damit gegen diese, wenn auch nicht so extensive, so doch in ihren Folgen heimtückische, zuweilen mörderische Krankheit.

Die vorstehenden Ausführungen mögen kein Dogma bedeuten, aber, aus der Praxis geschöpft, dem Wege der Forschung auf diesem Gebiete neuen Anstoß bieten. Grätzer.

E. W. Dittrich (New York), Alopecia in a young child with acquired syphilis. (Post Graduate. März 1910.) Bei einem 3jährigen Knaben wurde eine akquirierte Syphilis mit Primäraffekt am Bein festgestellt, und neben Haut- und Schleimhautsymptomen Ausfall der Augenbrauen und stellenweise Kahlheit des Kopfes bemerkt. Die Haarerkrankung, deren Natur erst fraglich erschien, verschwand zugleich mit den anderen luetischen Manifestationen nach Quecksilberinunktionen, Güssen und Luftkur. Max Joseph (Berlin).

S. Neuhof, An Epidemic of Noma. (Am. Journ. Med. Sc. May 1910.) N. beobachtete eine Epidemie von 8 Fällen von Noma in dem New Yorker Säuglingsasyl. Zurzeit herrschte eine Epidemie von Masern bestehend aus 87 Fällen. 13 Kinder litten an Diphtherie, 24 an Pneumonie und 20 an ulzerativer Stomatitis. N. fand in allen Nomafällen eine Streptothrix, charakterisiert durch eine Masse von Myzelien am Rande des gesunden und nekrotischen Gewebes. Da er die Leptothrix regelmäßig in reiner Kultur gefunden hat, glaubt N., daß dieselbe die Ursache von Noma sei. In der ulzerativen Stomatitis waren die Streptothrixe nicht vorhanden. Sheffield.

S. R. Leahy, The Routine Treatment of Diphtheria, Scarlet Fever and Measles. (Ped. Vol. XXII. Nr. 11.) Im Willard

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Parker Hospital für ansteckende Krankheiten werden die obengenannten Fälle im allgemeinen folgenderweise behandelt: Bei der Aufnahme wird jedes Kind geimpft und für 2 Tage im Isolationszimmer beobachtet. Diphtherische Fälle bekommen sofort 3—20000 I.-E. Heilserum und werden, wenn indiziert, intubiert; Scharlachfälle bloß 1 bis 2000 I.-E. Nase und Rachen werden mehrmals täglich mit Salz oder Borsäure ausgespült. Submaxillare Adenitis wird vorerst mit Eisaufschlägen behandelt, und, wenn die Geschwulst weiter fortgeht, mit 50 % Ichthyol. Abszesse werden bald geöffnet. Während der ersten Woche wird der Urin täglich chemisch und mikroskopisch untersucht und später jeden Übertag. Nach Ablauf des akuten Stadiums erhalten die Scharlach- und Masernpatienten jeden Morgen ein warmes Bad und eine Abreibung mit Bimsstein. Sheffield.

S. J. Maher, Ist die Purpura haemorrhagica durch den Kolibazillus verursacht? (Medical Record. 20. März 1909.) Bei einer 25jährigen, am 6. Tage einer schweren Purpura haemorrhagica erlegenen Frau fand Verf. intra vitam in dem der Blase entstammenden Blut eine Anzahl Leukozyten, die Haufen kleiner, nicht säurefester und gramnegativer Kokkobazillen einschlossen. Die gleichen Bazillen fanden sich auch extrazellulär, aber im allgemeinen in der Nähe zerfallener, weißer Blutkörperchen. Frei und isoliert im Blute fanden sich keine Mikroorganismen.

Blutaussaaten gaben auf verschiedenen Nährböden Reinkulturen desselben Bazillus. Dieser koagulierte die Milch, rötete Lackmusmolke, brachte Zucker zur Gärung, kurz, er verhielt sich hinsichtlich seiner biologischen Eigenschaften wie das Bacterium coli commune. Durch seinen pathogenen Charakter unterschied sich jedoch das fragliche Mikrob vom Kolibazillus. In die Bauchhöhle eines Kaninchens injiziert, führte er den Tod des Tieres in wenigen Stunden herbei, wobei sich auf Magen- und Darmwand Purpuraflecken vorfanden, die mit den bei menschlicher Purpura beobachteten identisch waren. Diese Eigenschaft, Purpuraflecke zu produzieren, blieb konstant und ausgesprochen, selbst nach einer Passage des Bazillus durch vier Reihen Meerschweinchen. Sie wurde geringer nur bei den 8 und mehr Tage im Brutschrank gehaltenen Kulturen, obschon die pathogene Kraft des Bazillus durch einen 15tägigen Aufenthalt im Brutschrank keine Abschwächung erfuhr. Die weiße Maus, wiewohl gegenüber den ersten Kulturen des fraglichen Bazillus widerstandsfähiger, erlag ebenso wie das Meerschweinchen der Inokulation nach 4facher Tierpassage.

Das für das Meerschweinchen tödliche Bacterium coli commune führte nicht mit gleicher Schnelligkeit zum Tode und erzeugte auf Magen- und Darmwand der geimpften Tiere keine Purpuraflecke.

H. Netter (Pforzheim).

E. Coulonjou, Spasmus salutatorius und Epilepsie. (Languedoc médico-chirugical. 25. Januar 1910.) Unter den so verschiedenen Formen unvollständiger Paroxysmen oder „epileptischer Äquivalente", an denen das Symptomenbild der Epilepsie so reich ist, gibt es eine von besonderem Interesse, weil sie bei sehr jungen Kindern

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auftritt und weil sie, trotz ihres ziemlich raschen Verschwindens, zuweilen von richtigen Krampfanfällen abgelöst wird: den Spasmus salutatorius, Spasmus nutans oder, sehr unzweckmäßig, „Salaamkrampf" genannt. Der Autor berichtet von einem typischen Fall von Spasmus nutans, dem Konvulsionen vorausgegangen sind und dem in kurzem Zeitraum vollständige epileptische Anfälle folgten. Nach einer Übersicht über die Frage gelangt Verf. zu dem Schluß, daß die unter dem Namen „Spasmus nutans" usw. beschriebenen spasmodischen Bewegungen nicht nur keine selbständige Affektion darstellen, sondern auch nicht in allen Fällen als ein Symptom von Epilepsie betrachtet werden können. Um ihnen irgendwelchen Wert in diesem Sinne beimessen zu können, müßten sie einen regelmäßigen Verlauf, eine wohl fixierte Physiognomie haben, und es müßten in den Beschreibungen andere epileptische Erscheinungen vorausgehen oder folgen. In diesem Sinne scheint der angezeigte Fall zu sprechen, man findet sich einer epileptischen Episode gegenüber, da dem Spasmus nutans Krampfanfälle vorausgegangen und große epileptische Attacken gefolgt waren und er selbst mit den klassischen Zeichen jedes Anfalles von „Malum sacrum" verlief. Aber in anderen, vielleicht zahlreicheren, Fällen ist es wahrscheinlich, daß der Spasmus einzig und allein ein auf eine Gehirnaffektion und, nach dem Stande unserer Kenntnisse, auf eine bestimmte Lokalisation hinweisendes Zeichen ist; denn, außer der Tatsache, daß sich die Krämpfe der Halsmuskeln mit Nystagmus, mit Strabismus, mit Lähmungen usw. verbinden, die genaue Wiederkehr des gleichen Symptoms unter gleichen Bedingungen weist auf eine Beteiligung einer bestimmten Stelle der Nervenzentren hin.

H. Netter (Pforzheim).

Apert und **Bucaille**, Hypertrophie der Mamma und Milchsekretion bei einem Neugeborenen. (Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. 27. März 1908 und La Clinique infantile. April 1909. S. 225.) Es wird von einem 18 Tage alten Kind berichtet, dessen Brüste zwei Halbkugeln bildeten, die vom Sternalrand bis zur Axilla und vom Schlüsselbein bis zur Taille reichten, in ihrer Gesamtmasse relativ größer als die Brüste einer weiblichen Erwachsenen und mit denen einer in voller Laktation befindlichen Wöchnerin vergleichbar waren. Die Konsistenz war hart, die Drüsenläppchen fühlten sich wie kleine Kieselsteine an. Die Härte verschwand aber, sobald die Brüste durch Druck entleert wurden, wobei die Milch in feinen Strahlen sich ergoß. 12 ccm Milch ließen sich auf diese Weise gewinnen. Die Brust hatte danach die normale Konsistenz einer erwachsenen weiblichen Brust und eine birnförmige Gestalt; die Warze, vorher, im Zustand der Turgeszenz des ganzen Organs retrahiert, wurde nun leicht prominent. Im übrigen bot das Kind keine Besonderheiten und war gut genährt. Lanugo und Talgabsonderung waren nicht stärker als bei anderen Neugeborenen. Die Milchsekretion hatte 2 Tage nach der Geburt begonnen und unter ständiger Zunahme um den 12. Tag ihr Maximum erreicht, um dann nachzulassen. Nach der chemischen und mikroskopischen Prüfung war die Milch völlig identisch mit derjenigen einer in voller Laktation befindlichen Frau. Kolostrumkörperchen waren nicht vorhanden. Ein 5jähriger Bruder hatte während der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ersten Lebenswochen das gleiche Phänomen geboten. Die Mutter ist eine ausgezeichnete Stillfrau, ihre Brüste sondern nach mehreren Monaten nach dem Abstillen Milch ab. Von anderen Forschern ist auf eine erbliche familiäre Disposition hierbei hingewiesen worden.

H. Netter (Pforzheim).

C. Fromaget, Paralysie récidivante de l'accommodation chez une hypermétrope à la suite de la diphthérie. (Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux. 1909. Nr. 10.) Es handelt sich um ein Kind, das im Januar 1907 eine Rachendiphtherie überstanden hatte, die mit Serum behandelt worden war. 3 Wochen nach dieser gutartigen Erkrankung Sehstörungen, die Folge einer kompletten postdiphtherischen Akkommodationslähmung. Diese Lähmung war unter Pilokarpininstillationen und innerlichem Gebrauch von Strychnin in 3 Wochen abgeheilt. Nun nimmt das Kind seine Beschäftigung wieder auf, beginnt wieder zu lesen, zu schreiben und befindet sich sehr gut bis zu den Ferien. Bei Wiederbeginn der Schule neuerdings Schwierigkeiten bei der Arbeit, und nach 2 monatigem Kampf kommt das Kind im Dezember 1907 mit denselben Störungen wieder zu F., die es 10 Monate früher gehabt. Das auf 1,6 reduzierte Sehvermögen wurde wieder normal durch Korrektion der Hypermetropie von 1,25 D und 1,50 D. Also nach einer schon länger bestehenden Heilung wird das Kind von neuem von einer vollständigen Akkommodationslähmung überrascht, die bei der Aufnahme der Schularbeiten entstanden war.

Für F. ist die Ursache dieses Rezidivs mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Hypermetropie zurückzuführen. Ausgehend von der Tatsache, daß beim Hypermetropen der Ziliarmuskel einer konstanten Überanstrengung unterworfen ist, nimmt er an, daß letztere in einen durch den diphtherischen Prozeß tief alterierten Muskel zu einer zunehmenden Schwäche desselben führen mußte, eine Ansicht, die durch den therapeutischen Effekt ihre Bestätigung fand. Denn die Verordnung von Korrektionsgläsern gegen die Hypermetropie genügte, um dem Kind nach 8 Tagen die Wiederaufnahme der Schularbeiten zu ermöglichen.

H. Netter (Pforzheim).

J. Teissier (Lyon), Nouvelles recherches sur la sérotherapie des néphrites. (La Province médicale. 1909. Nr. 41.) Angeregt durch die Untersuchungen von Vitzou und Turbure behandelte T. einige Fälle von Brightscher Krankheit und Urämie mit subkutanen Injektionen von Blutserum, das aus der Vena renalis einer Ziege gewonnen wurde. Turbure hatte gezeigt, daß bei einem Urämischen durch Injektion von 12 ccm Hundeserum die Symptome nachließen und die Toxizität des Urins sank; durch Wiederholung der Injektionen konnte der Patient in einem befriedigenden Zustand aus dem Hospital entlassen werden. Der erste, von T. behandelte Fall war eine Urämie nach Scharlachnephritis bei einem 11 jährigen Knaben. Nach Injektion (subkutan, unter die Bauchhaut) von 20 ccm Ziegenserum trat eine auffallende Besserung des Allgemeinzustandes ein, die urämischen Symptome ließen nach, die Toxizität des Urins sank, der Eiweißgehalt ging von 8 ‰ bis auf Spuren am folgenden Tag zurück, um am 10. Februar 1908 — die erste Injektion war

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am 16. Januar gemacht worden — völlig verschwunden zu sein. In einem anderen Fall verschwanden die urämischen Attacken jeweils durch Ziegenseruminjektionen. T. glaubt, daß das Serum neben einer Anregung der Diurese eine neutralisierende Wirkung auf die in der Niere produzierten Toxine habe, und daß es durch die Einführung normaler Albumine imstande sei, Toxalbumine aus ihren Chlorverbindungen freizumachen und ihre natürliche Ausscheidung hauptsächlich durch die Leber zu begünstigen. — T. bedient sich des Ziegenserums aus verschiedenen Gründen: Die Ziege ist nur ausnahmsweise tuberkulös, das Blutserum von schwacher Toxizität (50—60 ccm per Kilo lebendes Tier) und von geringer hämolytischer Kraft. — Seit einigen Wochen stellt das unter Arloing und Courmont stehende Institut bactériologique de Lyon et de Sud-Est, 61, rue Pasteur, Lyon das Serum in einer allen Nachfragen — und es scheinen schon recht viele zu sein — genügenden Menge her. Anm. d. Ref.

H. Netter (Pforzheim).

G. Garuffo, Die Kostotomie bei den Empyemen. (Pediatria. Sept. 1910.) Gegenüber einer auch in diesem Zentralblatt referierten Arbeit von Ferrari (Pediatria, Febr. 1910), der die einfache Pleurotomie empfohlen hatte, hält Verf. an der Rippenresektion als der typischen Operationsmethode bei Empyem fest. Wenn Ferrari bei 60 Pleurotomien 13,33 %, bei 5 Rippenresektionen 40 % Todesfälle hatte, so hat Verf. von 99 Resektionen nur 9 = 9,09 % verloren.

M. Kaufmann.

A. Ramacci, Über den Kalkgehalt der Frauenmilch. (Pediatria. Sept. 1910.) Verf. hat 68 Proben von Frauenmilch untersucht und als maximalen Gehalt an CO 0,2791 %, als minimalen 0,0291 %, als mittleren 0,1024 %, entsprechend 0,072 % Ca gefunden. Das Alter scheint keinen wesentlichen Einfluß zu haben; im Mittel betrug der Prozentsatz von CaO: unter 20 Jahren 0,0977, von 21 bis 25 0,0577, von 26—30 0,0887, von 31—36 0,1181, von 36—40 0,876, von 41—45 0,1341. Der Kalkgehalt hat bis zum 5. Monat der Sekretion eher Neigung zu steigen; nachher zeigt er sehr große Schwankungen ohne bestimmte Tendenz. In manchen Fällen war vor Anlegen des Kindes der Kalkgehalt höher, in einigen auch niedriger. Von 9 rachitischen Kindern hatten 4 eine Milch mit sehr geringem, 2 mit auch unternormalem, 2 mit mittlerem und nur 1 mit die Mitte überschreitendem Kalkgehalt erhalten. Von 9 Kindern mit „neuroarthritischer" Diathese (Ekzem, Eklampsie, Tetanie, habituellem Erbrechen) hatten 6 eine Milch mit unter dem Mittel zurückbleibendem Kalkgehalt erhalten.

M. Kaufmann.

S. De Villa, Über die biologische Diagnose latenter Eiteransammlungen bei Kindern. (Riv. di Clin. ped. 1910. Nr. 10.) Die Methode ist voriges Jahr von Prof. Tedeschi in Genua angegeben worden. Das Reagens wird so hergestellt: Eiter wird in einem sterilen Reagenzglas aufgefangen, in einem Mörser mit sterilem Aq. dest. und Glaspulver gemischt, um eine milchfarbige Flüssigkeit zu erhalten. Sie wird dann für 48 Stunden in einen Thermostat gebracht (37°) und dann so lange filtriert, bis man eine klare Lösung erhält. Man stellt davon Verdünnungen verschiedener Intensität (1:10,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1:100, 1:300) mit sterilem Aq. dest. her und bringt sie in sterile Gläschen, wie man sie für den Widal benutzt. Auf sie läßt man nun mit einer sterilen Glaspipette einen Tropfen Blutserums des verdächtigen Kranken fallen und bringt sie $^1/_2$ Stunde lang in den Thermostaten bei 37°. Ist die Reaktion positiv, so bildet sich an der Berührungsstelle ein weißer Niederschlag. Blutserum wie Eiterverdünnungen müssen frisch sein.

In 12 Fällen von Kindern, die sicher keine Eiterträger waren, war die Reaktion gegen 4 verschiedene Eitersorten stets negativ. 14 Sera von Kindern, die eitrige Prozesse beherbergten, wurden jedes gegen 3—5 verschiedene Eiterarten geprüft, und es fand sich relativ häufig ein positives Resultat. Von im ganzen 53 Versuchen waren positiv 13, zweifelhaft 12, negativ 28. Die Reaktion ist häufiger positiv, wenn Serum und Eiterextrakt demselben Individuum angehören, oder wenn wenigstens Reagenzeiter und der nachzuweisende Eiterherd demselben Mikroorganismus ihre Entstehung verdanken. Welches die Umstände sind, die die Reaktion herbeiführen oder verhindern, ist noch zu erforschen; jedenfalls spricht positiver Ausfall der Reaktion, die immer mit verschiedenen Eiterarten anzustellen ist, mit großer Wahrscheinlichkeit für Anwesenheit von Eiter im Körper.

M. Kaufmann.

M. Vargas, Ein neues Zeichen der Tibiafraktur bei Kindern. (La Medicina de los niños. 1910. Nr. 11.) Wenn man bei einem Kind eine isolierte Tibiafraktur vermutet und diese, wie so oft, nicht durch Krepitation nachweisen kann, drückt man das obere und untere Ende der Tibia energisch nach hinten; besteht eine Fraktur, so krümmt sich die Tibia um einen fixen Punkt, die Frakturstelle. Verf. beschreibt eine Reihe von Fällen, wo ihm dieses Symptom die richtige Diagnose ermöglichte. M. Kaufmann.

Th. Langaker (Norweger), 7 Todesfälle von Diabetes mellitus bei Kindern, wovon 5 bei Geschwistern. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1910. Nr. 10.) In den 5 Fällen handelte es sich um eine gesunde Familie ohne jegliche Krankheitsanlage. Die Kinder waren vorher vollständig gesund, die Wohnung gut, die Hygiene der Kinder vorzüglich. Im Verlaufe von 4 Jahren starben die 4 ersten Kinder, 5 Jahre später das fünfte. 2 von den Kindern wurden seziert, in dem einen Fall war das Parenchym der Bauchspeicheldrüse degeneriert. Adolph H. Meyer.

Kr. Grön (Norweger), Ecthyma gangraenosum. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1910. Nr. 11.) Fall bei einem 18 Tage alten Mädchen. Der Verf. betrachtet Ecthyma gangraenosum und die multiple kachektische Hautgangrän als verschiedene Leiden. In dem beschriebenen Fall trat Exitus nach einer Woche ein; die bakteriologische Untersuchung schien eine Mischinfektion von Bacillus pyocyaneus und proteus zu zeigen. Adolph H. Meyer.

G. Jörgensen (Däne), Über die Bedeutung von pathologisch-anatomischen Veränderungen der Glandulae parathyreoideae für die Pathogenese der infantilen Tetanie. (Aus dem Königin-Louisen-Kinderhospital, Oberarzt Privatdozent Dr. Monrad.) (Uge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

skrift for Läger. 1910. Nr. 52.) Fall von Tetanie. Die Sektion zeigte Glandulae parathyreoideae normal, die pathologisch-anatomische Untersuchung von ca. 1000 Serienschnitten zeigte vollständig normale Verhältnisse.

Adolph H. Meyer.

K. Pawlowskaja, Zur Epidemiologie der Diphtherie. (Russk. Wratsch. 1909. Nr. 43.) Sobald eine Epidemie in einem Internat, einer Pension, einer geschlossenen Lehranstalt ausbricht, wird (Verf. spricht von den Verhältnissen in Rußland) die betreffende Lehranstalt geschlossen; die Kranken werden isoliert, die anscheinend Gesunden nach Hause entlassen. Aber gerade letztere sind als Bazillenträger, die die Krankheit eventuell verbreiten können, besonders gefährlich. Auch von der Diphtherie Genesende können lange Zeit Bazillen beherbergen (es sind einzelne Fälle bis zu 15 Monaten beobachtet worden) und so ihrer Umgebung gefährlich werden. Verf. hatte Gelegenheit, während einer Epidemie in einer von etwa 500 Schülerinnen besuchten Mädchenschule bakteriologische Untersuchungen anzustellen. Sie fand bei 59 von 429 anscheinend ganz gesunden Schülerinnen Diphtheriebazillen. Trotzdem diese Schülerinnen isoliert und mit verschiedenen Desinfizientien behandelt wurden, sowie auch eine Heilserumeinspritzung erhielten, erkrankten doch 8, d. h. 13,3 % an Diphtherie. Die Angaben über Erkrankungen der Bazillenträger an Diphtherie schwanken zwischen 2,5 und 50 %, was einerseits von der größeren oder geringeren Virulenz der Diphtheriebazillen, andererseits von der natürlichen Immunität der Einzelindividuen abhängt. Letztere steht auch mit dem Alter im Zusammenhang: während sie bis zu 10 Jahren nur sehr selten vorkommt, ist sie zwischen 10 und 15 Jahren bereits viel häufiger, und jenseits des 20. Lebensjahres sind die Menschen, abgesehen von einzelnen Ausnahmen, bereits gegen die Diphtherie immun. Um aber einer Verbreitung der Diphtherie vorzubeugen, ist eine Untersuchung aller Individuen überall dort vorzunehmen, wo eine Epidemie in geschlossenen Lehranstalten, Pensionen usw. auftritt.

S. Rubinstein (Riga).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau.

Aus den Sitzungen vom 21. Oktober bis 25. November 1909.

(Referiert nach Russk. Wratsch. 1910. Nr. 45.)

In einem Referat über die **angeborene Rachitis und ihre Symptome** teilte P. Kusskoff die Resultate mit, die er bei der Untersuchung von 600 Kindern des Moskauschen Findelhauses im Alter bis zu 4 Monaten gefunden. Kassowitz betrachtet als Kennzeichen der Rachitis jegliche, selbst unbedeutende Verdickung an der Verbindungsstelle der Rippenknorpel mit den Rippenknochen, die Weichheit der Schädelknochen, Klaffen der Schädelnähte usw. Ref. fand einen Rosenkranz bei allen Kindern; derselbe war jedoch in 6—9 % der Fälle geringgradig. Im frühesten Kindesalter trifft man ihn an 2—3 Rippen, späterhin an einer größeren Anzahl derselben. Er zieht daraus den Schluß, daß die Verbindungen eine physiologische Erscheinung darstellen, sonst müßte man das Vorhandensein

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Rachitis ausnahmslos bei allen Kindern annehmen. Ebenso sei die Weichheit der Knochen an den Nähten aus den Fontanellen als eine physiologische Erscheinung aufzufassen, die mit dem Alter schwinde. Eine ausgesprochene Kraniotabes sei in 7—20% der Fälle vorgekommen und nehme diese Erscheinung mit zunehmendem Alter ab. Es hielten somit die von Ref. aufgestellten Kennzeichen der angeborenen Rachitis der Kritik nicht stand. Demgegenüber vertrat A. Kissel den Standpunkt, daß sowohl pathologisch-anatomisch, als auch klinisch die Existenz der angeborenen Rachitis feststehe. Die kleinen Rosenkränze könnten sowohl normale Erscheinungen darstellen, als auch Ausdrucksformen der Rachitis und Syphilis sein. Nach Ssokoloff müsse man eher von einer angeborenen Disposition zur Rachitis reden.

A. Rjabinkin stellte zwei Patienten mit **Littlescher Krankheit** vor, die beide auf operativem Wege zur Heilung gebracht waren. In dem einen Falle wurden die Muskelsehnen in der Hüfte, der Kniekehle, sowie die Achillessehne durchtrennt. Geht fast normal. Der zweite Fall weist ein ebenso günstiges Resultat auf.

Gelegentlich einer in Moskau herrschenden **Scharlachepidemie**, bei der die Häufigkeit der Erkrankungen sich auf etwa 300 Scharlachfälle in der Woche steigerte, hatte eine Kommission der Moskauschen städtischen Sanitätsärzte außer den üblichen Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Epidemie auch die Vakzinierungen nach Gabritschewski (s. diese Zeitschrift 1910, Nr. 11, S. 427) in Betracht gezogen. W. Uspenski berichtete nun, daß trotz einer Anzahl von mehr als 100000 in ganz Rußland ausgeführten Impfungen die Wirksamkeit dieses Mittels noch nicht einwandsfrei festgestellt sei. Um aber auf genauer wissenschaftlicher Basis sichere Daten über diese Methode zu erlangen, werde vorgeschlagen, in einem kleinen Rayon dieselbe durchzuführen, wobei allen denjenigen, die sich der Impfung zu unterziehen wünschen, dieselbe gemacht werden sollte. Wo eine latente Skarlatina vermutet würde, sollte gleichzeitig 50 g Moserschen Scharlachserums injiziert werden. Im Anschluß hieran berichtet Langowoi über seine Resultate mit der Scharlachvakzination nach Gabritschewski. Er hat 574 Kinder in Asylen, Lehranstalten, Werkstätten und in der Privatpraxis geimpft und gelangte zu folgenden Schlüssen: Bei Innehaltung genügender Vorsichtsmaßregeln ist die Vakzination unschädlich. Die verschiedenen Serien der Vakzine sind von ungleicher Stärke und Wirksamkeit. Alle drei Impfungen müssen mit dem Material einer und derselben Serie der Vakzine ausgeführt werden. Die Intervalle zwischen den Impfungen müssen genau 7 Tage betragen. Schematisch ausgerechnet, beträgt die Dosierung einer Vakzine mittlerer Stärke für

Kinder	im	Alter	von	0— 2	Jahren	0,1 g
„	„	„	„	2— 5	„	0,2
„	„	„	„	5—10	„	0,3
„	„	„	„	10—15	„	0,4.

Sind Scharlachfälle in einer Familie vorhanden, so ist die Serovakzination, d. h. die gleichzeitige Applikation von Scharlachvakzine und eines Scharlachserums, obligatorisch. In der sich an diese Vorträge anschließenden, überaus regen Diskussion wurde von sehr viel Ärzten darauf hingewiesen, daß die Vakzination nach Gabritschewski bei Scharlach zwar wissenschaftlich gut fundiert sei, daß aber bei Bekämpfung von Scharlachepidemien auch alle andern üblichen und erprobten Maßnahmen in erster Linie mit heranzuziehen seien.

Bremewer zeigte von ihm mit Röntgenstrahlen behandelte und ausgeheilte Fälle von **Herpes tonsurans** und **Favus** bei Kindern, die vorher vergeblich mit andern Methoden behandelt waren.

Kissel demonstrierte einen Fall von **Myxödem** bei einem 16jährigen Knaben, den er seit 13 Jahren mit Thyreoidin behandelt. Die körperliche und geistige Entwicklung ist gut fortgeschritten.

Endlich wurde im Anschluß an die Besprechung eines sehr schweren Falles von **Typhus abdominalis** bei einem 4jährigen Knaben, bei dem im Stuhl, im Harn und besonders im Sputum ungeheure Mengen von Typhusbazillen gefunden wurden, von Kissel die Ansicht ausgesprochen, daß die Anwesenheit einer sehr großen Menge von Typhusbazillen im Organismus eine außerordentliche Abmagerung der Kranken erklären könne, während die Anwesenheit der Bakterien in der Zerebrospinalflüssigkeit schwerere Nervenerscheinungen auslösen könne.

S. Rubinstein (Riga).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhandlungen der dänischen pädiatrischen Gesellschaft.

11. Sitzung von 21. April 1910.

1. Privatdozent H. J. Bing: **Demonstration von Patienten mit Bronchialdrüsengeschwulst.** B. demonstrierte die von ihm angegebene Methode zum perkutorischen Nachweis einer Bronchialdrüsengeschwulst. Der perkutorische Nachweis findet an drei Stellen statt: an der hinteren Fläche des Thorax, über dem rechten Apex und an der vorderen Fläche des Thorax.

a) Hintere Fläche. Der Patient sitzt auf einem hohen Stuhl oder Tisch mit dem Kopf vorwärts gebeugt und gekreuzten Armen. Der Plessimeterfinger wird angebracht, so daß die Spitze fest gegen die Brustwand gesetzt wird, aber so, daß nur die Spitze die Haut berührt. Der Perkussionsschlag geschieht genau sagittal und schwach. Man perkutiert von oben hinabwärts und vergleicht genau gleiche Stellen der rechten und linken Seite. Man wird dann unter normalen Verhältnissen die von B. als normale Hilusdämpfung genannte Dämpfung finden; bei Bronchialdrüsengeschwulst findet man eine Erweiterung der Dämpfung an beiden Seiten, aber dieselbe ist am meisten hervortretend an der rechten Seite.

b) Rechter Apex. Der Plessimeterfinger wird an dem Rand des Musc. cucullaris oder ein bischen vor demselben angebracht. Man setzt die Spitze fest. Der Perkussionsschlag geschieht in genau vertikaler Richtung und schwach. Man perkutiert entlang dem Rande des Musc. cucullaris. Unter normalen Verhältnissen findet man eine klarere Partie, Isthmus, gleich breit an beiden Seiten. Bei Bronchialdrüsengeschwulst wird die äußere Grenze aufwärts gerückt, der Isthmus verengert.

c) Vordere Fläche. Der Plessimeterfinger wird mit seiner Spitze gegen das Sternum und beide Interkostalräume angebracht. Man perkutiert von der linken Seite nach rechts. Der Perkussionsschlag geschieht in genau sagittaler Richtung und schwach. Man findet dann bei Bronchialdrüsengeschwulst eine ausgesprochene Dämpfung an dem rechten Teil des Brustbeins und an der rechten Seite desselben. Bei „ganz schwacher" Perkussion wird die Dämpfung bis zur Mitte des Zwischenrippenraumes erreichen.

Bei Untersuchung an der Tuberkulosestation und bei einer Reihe von Schulkindern fand B. bei 75 % an Lungentuberkulose Leidender nachweisbare Bronchialdrüsengeschwulst. Sie wurde häufig bei Kindern in tuberkulösen Familien gefunden. Bei 7 % der untersuchten Schulkinder wurden die beschriebenen Dämpfungen gefunden.

Diskussion. Privatdozent Adolph H. Meyer sprach B. seinen Dank aus, weil er ihm die Technik der sagittalen Perkussion an der Tuberkulosestation gelehrt hatte. Er hatte die letzten Wochen die Methode bei einigen größeren Kindern versucht und hatte bei einigen Patienten, die positive v. Pirquetsche Reaktion hatten und vermutlich an Drüsentuberkulose litten, ganz ähnliche Dämpfungen gefunden. (3 Patienten wurden demonstriert.)

Prof. Israel-Rosenthal ist über die enorme Größe und verhältnismäßige Häufigkeit dieser Dämpfungen erstaunt, fühlte sich nicht überzeugt. Er will zugestehen, daß ein kurzer Schall an der rechten Seite des Rückens bei mehreren von diesen Patienten vorhanden war, aber derselbe war nur relativ und von einem Tympanismus an der entgegengesetzten linken Seite verursacht; dieser Tympanismus rührte von dem luftgefüllten Magen her. Die Dämpfung in rechtem ersten Interkostalraum wurde auch unter normalen Verhältnissen in wechselndem Grade gefunden und wahrscheinlich von dem rechten Bronchus verursacht. Die Dämpfung über dem rechten Schlüsselbein konnte er nicht bestätigen. Sein Verdacht wurde durch die Mitteilung B.s, daß er diese Dämpfungen bei 75 % der Phthisiker fand, vermehrt; eine stärkere Bronchialdrüsengeschwulst war viel seltener bei erwachsenen Phthisikern, so wie die Obduktionsbefunde uns lehrten. Eine komplizierende Phthisis mußte übrigens der Schätzung einer vorgefundenen Dämpfung äußerliche Schwierigkeiten bereiten. Es wäre notwendig, das Verhältnis durch Nekropsien und Röntgenuntersuchungen zu bestätigen, ehe B. sich überzeugen ließ. Er will endlich beifügen, daß eine sagittale Perkussion an schräger hinabgehen-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Fläche immer — ceteris paribus — Dämpfung gab im Vergleich mit der perpendikulären Perkussion.

Oberarzt Monrad will nicht glauben, daß so große Bronchialdrüsengeschwülste bei den demonstrierten Patienten vorhanden waren, wie die Dämpfungen B.s andeuteten. In diesem Fall mußten die Kinder kränker sein. Es war auch auffallend, daß so große Drüsen keine auskultatorischen Kompressionssymptome gaben. Es wäre wünschenswert gewesen, Röntgenbilder zum Vergleich zu haben. Er ist vorläufig skeptisch, will aber die Methode nachprüfen.

Abteilungsarzt Lendrop fragt, ob B. gleichzeitig die anderen, bei Bronchialdrüsengeschwulst empfohlenen Untersuchungen vorgenommen hatte, namentlich direkte Perkussion an den Proc. spinosi.

B. betrachtet es natürlich als zweifelhaft, ob die Dämpfungen allein durch direkte Geschwulst von Bronchialdrüsen verursacht wurden, möglicherweise spielte auch Stase in Lymph- und Blutgefäßen eine Rolle. Perkussion an den Proc. spinosi hatte in den wenigen Fällen, in welchen er sie versucht hatte, Dämpfung gegeben, wenn Dämpfung an den anderen Stellen vorhanden war. Er fordert auf, seine Untersuchungen genau nachzuprüfen, und möchte sehr gerne die Anwesenden einladen, die Technik an der Tuberkulosestation zu versuchen.

2. Diskussion zum Vortrag des Privatdozenten Oerum von der 10. Sitzung: **Über Empyem bei Kindern.**

Prof. Israel-Rosenthal machte darauf aufmerksam, daß die Auffassung von Hirschsprung, daß die klare Verbrämung entlang der Kolumne von der Perkussion der gesunden Lunge durch die Kolumne verursacht wurde, gewöhnlich richtig war.

Laennec hatte übrigens gefunden, daß bei Pleuritis mit unhörbarem Atmen über der Basis man eine in Stärke wachsende vesikuläre Respiration hört, je näher man der Kolumne kommt, welche er einer Verpflanzung des Atmungsgeräuschs von der gesunden Lunge zuschrieb. Die Verbrämung war doch nicht pathognomonisch, ließ sich ab und zu auch bei Pneumonie nachweisen. Bronchiale Respiration, auch stark bronchöses Atmen fand man oft bei großen Lungenfellentzündungen und Empyemen, sowohl bei Erwachsenen als bei Kindern, und häufig war diese Respiration ohne Pneumonie von reichlicher Krepitation begleitet, namentlich zur Zeit der Resorption oder nach Aspiration eines Exsudats; sie wurde von der Aufblähung der zusammengefallenen Alveolen durch die Wiederentfaltung der Lunge verursacht.

3. **Generalversammlung.** Bericht des Vorsitzenden und des Schriftführers. Die Gesellschaft hat 31 Mitglieder. Der Vorsitzende, Oberarzt Monrad und der Schriftführer, Privatdozent Adolph H. Meyer wurden wiedergewählt.

Adolph H. Meyer.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

(Nach der Münchner med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 21. November 1910.

Heubner: **Nachruf auf Eduard Henoch** und **Nachruf auf Beutner.**

Eckert: **Über epidemische spinale Kinderlähmung.** Von frischen Fällen, die sich in den letzten 4 Monaten sehr gehäuft haben, stammten 16 aus Berlin, regellos über Berlin zerstreut. Speziell im Süden und Südwesten der Stadt sollen zahlreichere Fälle beobachtet sein. Ob die Krankheit als kontagiös anzusehen ist, kann noch immer nicht entschieden werden. Das früheste Kindesalter ist am meisten disponiert, 14 waren vor dem schulpflichtigen Alter. Die Dauer der Inkubation ist noch unbekannt, beträgt aber mindestens 8 Tage. Konstitutionelle Krankheiten schaffen keine Prädisposition. Prodrome sind nicht konstant vorhanden, in allen Fällen setzen die Initialsymptome akut ein. Die Schwere des Ablaufes ist eine sehr verschiedene.

Das Fieber ist häufig das erste Symptom, die Höhe schwankt meist zwischen 38,5—39,5. Die Dauer ist meist auf 4—5 Tage beschränkt. In einzelnen Fällen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erfolgt stürmische Abnahme des Körpergewichtes, oft besteht mehr oder weniger hochgradige Somnolenz. Druck und Zug auf die gelähmte Muskulatur ist besonders schmerzhaft, ebenso jede Bewegung der Wirbelsäule, wahrscheinlich bedingt durch Mitbeteiligung der Meningen am Krankheitsprozeß. Dieser Schmerz überdauert die manifesten Krankheitserscheinungen sehr lange, und solange dieses Symptom besteht, ist der Prozeß nicht abgelaufen und der Patient gehört ins Bett.

Es besteht hochgradige vasomotorische Übererregbarkeit, einmal Urtikaria, häufig sind profuse Schweißausbrüche, die sonst in dieser Weise nur bei der Lyssa auftreten. Schwellungen der Milz und der Lymphdrüsen fehlten, Augenerscheinungen fehlen ebenfalls fast konstant. Erbrechen ist häufig. Durchfälle kommen vor, häufiger sind starke Verstopfungen, welche den Charakter einer Darmläsion annehmen können.

Der Typus der Lähmung ist der schlaffe, oft sind sie apoplektiform. 17 mal war der Typus der Lähmung ein aufsteigender. Die Lähmungen waren am dauerndsten an den Peronaei, Deltoideus und Serratus. Lähmung der Atemmuskeln kam nur in zwei tödlichen Fällen vor. Entartungsreaktion tritt frühzeitig auf. Häufig fehlen die Patellarreflexe, 3 mal war Babinski positiv bei Fußklonus und vorhandenen Patellarreflexen. Der Druck im Lumbalsack ist meist nicht erhöht. Im Exsudat kommen konstant Gerinnsel vor.

Die meisten Fälle sind rein spinal, nur in 2 Fällen kamen Ponserscheinungen zur Beobachtung (Ptosis und Hypoglossuserscheinungen). 2 Fälle zeigten meningealen Typus.

Falls die Annahme richtig ist, daß die Lähmungen auf einem Ödem des Rückenmarks beruhen, wäre die Lumbalpunktion therapeutisch berechtigt.

In 5 Fällen war positive Wassermannsche Reaktion vorhanden (ohne daß Syphilis vorhanden war).

A. Baginsky: **a) Zur Kasuistik der Poliomyelitis epidemica (Heine-Medinsche Krankheit. b) Antrag einer Sammelforschung über Fälle von epidemischer Poliomyelitis.** Früher trat die Krankheit meist viel akuter auf. Er teilt einen abortiv verlaufenen Fall mit, der mit Stupor und Zuckungen begann. Verlust der Sprache, der in 2—3 Tagen vorüberging, ebenso einen ähnlichen zweiten. Es ist fraglich, ob die Fälle vollkommen ins Gebiet der spinalen Kinderlähmung hineingehören. In einer Familie beobachtete Vortr. 3 Fälle, von denen der erste und zweite in 3—4 Tagen tödlich verlief. Mit dem Begriff der spinalen Lähmung kommen wir nicht aus, es sind oft zerebrale Erscheinungen vorhanden. Es liegen viele Gründe vor, eine Sammelforschung einzuleiten.

Diskussion: Geh. Ober-Med.-Rat Kirchner teilt mit, daß die Seuche zuerst im westfälischen Kohlenrevier aufgetreten und sich allmählich über Preußen verbreitet hat. Gegenwärtig scheint die Epidemie im Erlöschen zu sein.

Nach Krause verläuft die Krankheit in 3 Etappen, Prodrome mit Darmstörungen, Stadium der Lähmungen usw. Meningeale Erscheinungen wurden dort nicht beobachtet. Es ist nicht gelungen, einen Krankheitserreger zu entdecken, doch gelang es bei niederen Affen Lähmungserscheinungen hervorzurufen. Maßnahmen zur Bekämpfung der Seuche sind bei der vorhandenen Sachlage schwer zu treffen. Die Annahme von „Bazillenträgern" ist auch hier wahrscheinlich. Unterschiede zwischen spinaler Lähmung bei Kindern und Erwachsenen zu machen, ist nicht berechtigt.

Heubner ist der Ansicht, daß die Epidemie im Ansteigen ist und daß zahlreiche Fälle nicht gemeldet werden.

IV. Neue Bücher.

E. u. G. Scupin. **Bubi im 4.—6. Lebensjahre.** Leipzig, Th. Grieben. Preis: 4,50 Mk.

Der 1. Teil des Buches, das von Bubis erster Kindheit handelte, hat eine so warme Aufnahme gefunden, daß die Eltern sich entschlossen, auch über die drei weiteren Lebensjahre ihres Kindes ein genaues Tagebuch zu führen und alles

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

niederzuschreiben, was ihnen interessant und bemerkenswert dünkte. Wenn nun auch manches ruhig hätte fortbleiben können, so wird doch auch dieses Buch, das des Interessanten genug enthält, vielen Lesern Freude bereiten. Grätzer.

Bandelier u. Roepke. **Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.** 5. Auflage. Würzburg, Curt Kabitzsch. Preis: 6,60 Mk.

Nach sehr kurzer Zeit ist der 4. Auflage dieses Buches eine neue, die wieder „erweitert und verbessert" ist, gefolgt. Wir haben im vorigen Jahre das Werk besprochen und es warm empfehlen können. Der äußere Erfolg zeigt, daß dies Lob ein verdientes war und daß die Ärztewelt erkannt hat, was ihr in diesem vorzüglichen Buche geboten wird. Möge es noch weitere Verbreitung finden und dem Zweck, die Allgemeinheit der praktischen Ärzte zum Kampfe gegen die Tuberkulose mobil zu machen, im weitesten Umfange weiter dienen. Grätzer.

Bandelier u. Roepke. **Die Klinik der Tuberkulose.** Würzburg, Curt Kabitzsch. Preis: 9,50 Mk.

Dies „Handbuch der gesamten Tuberkulose" dürfte den Ärzten gleich willkommen sein, wie das eben besprochene Werk. Eine das ganze Gebiet der Tuberkulose umfassende klinische Darstellung, ein Buch, das die Tuberkulose sämtlicher Organe in einheitlicher Bearbeitung aller anatomischen, klinischen, diagnostischen, prognostischen, therapeutischen und prophylaktischen Einzelheiten umgreift, hat bisher gefehlt, und diese Lücke ist von den Verff. in diesem ausgezeichneten Werke aufs glücklichste ausgefüllt worden. Die Klinik der Tuberkulose außerhalb der Lunge ist den Ärzten oft eine terra incognita. Das vorliegende Buch gibt Gelegenheit, alles Wichtige und Notwendige des ganzen Gebietes gründlich kennen zu lernen, ohne dickleibige Lehrbücher zu studieren, mag es sich um Tuberkulose des Auges, des Urogenitaltraktus, des Ohres, des Nervensystems usw. handeln. Durch überaus prägnante und präzise Darstellung gelingt es den Verff., den gewaltigen Stoff auf relativ geringem Raume zu bewältigen und so das Studium wesentlich zu erleichtern. Hoffentlich findet auch dieses Buch die verdiente Anerkennung und Verbreitung. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Säuglingssterblichkeit im Jahre 1909 in Deutschland. 335436 Kinder im Alter von weniger als einem Jahre sind gestorben, 1908 dagegen 359022, im Jahre 1907 351046 und im Jahre 1906 374636. Es hat also ein Rückgang um 23586 stattgefunden. Unter den Verstorbenen befanden sich 288202 (im Jahre 1908 308630) eheliche und 47228 (50342) uneheliche Kinder. Auf 100 Lebendgeborene kamen 1909 17,0 im ersten Lebensjahre Gestorbene gegen 17,8 im Jahre 1908, 17,0 im Jahre 1907 und 18,5 im Jahre 1906. Bei den ehelichen betrug der Anteil 16,0 gegen 16,8, 16,6 und 17,5 bei den unehelichen 26,8 gegen 28,5, 28,0 und 29,4. Es starben auf 100 Geborene berechnet von den Knaben 18,4 (im Jahre 1908 19,4), von den Mädchen 15,4 (16,2). Verfolgt man die Säuglingssterblichkeit durch die einzelnen Staaten, so steht am ungünstigsten Bayern mit 21,7 (im Jahre 1908 ebenfalls 21,7) auf 100 Geborene, am günstigsten Lippe mit 10,5 (11,1). In Sachsen betrug die Ziffer 18,8 (20,1), in Baden 17,2 (16,8), in Württemberg 17,2 (18,4), in Preußen nur 16,4 (17,3). Von den preußischen Provinzen steht am günstigsten da Hessen-Nassau mit 10,3 (10,8); dann folgen Hannover mit 12,1 (13,1), Westfalen mit 13,0 (14,4) und Schleswig-Holstein mit 13,2 (14,9), während die Ziffer am ungünstigsten ist in Ostpreußen mit 19,1 (18,1), Westpreußen mit 20,4 (20,5) und Schlesien mit 21,6 (20,8). Ostpreußen und Schlesien zeigen also eine wesentliche Zunahme der Säuglingssterblichkeit. In Berlin betrug sie 15,6 gegen 16,8 im Jahre 1908, 16,3 im Jahre 1907 und 17,7 im Jahre 1906.

Berlin. Ein **Erlaß des Kultusministers** vom 18. Januar betrifft die Jugendpflege, d. h. die geistige, sittliche und körperliche Förderung der (männlichen) Jugend von der Schulentlassung bis zum Heeresdienst. Unter freier Entfaltung aller geeigneten Kräfte, ohne Anwendung irgendeiner bureaukratischen Schablone

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sollen die bereits bestehenden Vereinigungen unterstützt und neue geschaffen werden, die sich untereinander und mit den staatlichen Organen zu örtlichen, Kreis- und Bezirksorganisationen zusammenschließen sollen. Zu den Aufgaben der Verbände gehört vor allem die Pflege der Leibesübungen (Turnen, Bewegungsspiele, Wanderungen usw.), Anleitung zur Naturbeobachtung, freie Aussprachen über naturwissenschaftliche und hygienische Gegenstände usw. Der Erlaß nimmt wiederholt auf die Mitwirkung der Ärzte Bezug. In den Kultusetat ist 1000000 Mk. zur Unterstützung dieser Bestrebungen eingestellt. — Der Deutsche Landwirtschaftsrat hat sich nach einem Vortrag von Stabsarzt Dr. Bassenge gleichfalls für die Schaffung von Einrichtungen zur physischen und moralischen Weiterbildung unserer Jugend ausgesprochen.

— Der Kultusminister hat durch Erlaß vom 23. Januar Bericht über die Fälle eingefordert, bei denen zur Durchführung der **Impfung** die Anwendung physischen Zwanges notwendig war, da solche Fälle mehrfach in der Tagespresse nicht zutreffend wiedergegeben und zu Angriffen gegen das Impfgesetz ausgenutzt worden seien.

— Der **Deutschen Zentralstelle für Jugendfürsorge** (Wallstraße 89) sind auf Grund einer Bekanntmachung gelegentlich zweier forensischer Fälle 120 Anzeigen über Kindermißhandlungen zugegangen. Die Zentrale hat sofort die nötigen Schritte eingeleitet, u. a. den Eltern psychopathischer Kinder (6 Fälle) ärztliche Inanspruchnahme empfohlen und Beihilfe zur Unterbringung in Anstalten zugesichert.

Düsseldorf. In der Zeit vom 8.—20. Mai d. J. findet wiederum in der akademischen Kinderklinik unter Leitung von Prof. Dr. Schlossmann ein **14 tägiger Ausbildungs- und Fortbildungskursus für Ärzte in der Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters und der Säuglingsfürsorge** statt. Die Kurse werden nur zweimal jährlich abgehalten. Außer den Vorlesungen und den Arbeiten in der Klinik und im Laboratorium finden auch Besichtigungen moderner Einrichtungen in der Säuglingsfürsorge in Düsseldorf und den benachbarten Städten statt, wobei dem Ziehkinderwesen, der Versorgung hilfsbedürftiger Mütter und Kinder, sowie der Versorgung der Städte mit rationell gewonnener Milch besondere Beachtung geschenkt wird. Anmeldungen und Anfragen sind zu richten an die Geschäftsstelle des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Düsseldorf, Werstenerstraße 150, von wo auch auf Wunsch Programme kostenlos versendet werden.

Heidelberg. Der Prof. Dr. Vulpiusschen **Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt** steht für die Behandlung von unbemittelten orthopädisch-chirurgischen Kranken ein alljährlicher Stiftungsbetrag von 10000 Mk. zur Verfügung. (Mit Hilfe dieser Summe wurden im abgelaufenen Jahre 220 Knaben und Mädchen stationär behandelt an etwa 12000 Verpflegungstagen.) Näheres durch die Verwaltung der Anstalt.

Darmstadt. In Schotten und Bingen sind Zweigstellen der Großherzoglichen **Zentrale für Mutter- und Säuglingsfürsorge** eingerichtet worden.

Leipzig. Der Rat hat die Errichtung einer **Schulzahnklinik** beschlossen.

London. Von der famosen **Gewissensklausel** zur Verhinderung der Impfung haben in Schottland Gebrauch gemacht: 1906: 253, 1907: 7258, 1908: 15846, 1909: 22746 Personen. Dementsprechend ist die Zahl der erfolgreich geimpften Kinder im genannten Zeitraum von 83,1 auf 65,3% aller Geborenen gesunken. Im Osten der Stadt sind — wie denn auch nicht verwunderlich — die Pocken ausgebrochen. Bis jetzt stehen 40 Fälle in ärztlicher Behandlung.

Paris. Eine Organisation zum **Schutz des Kindes gegen Tuberkulose** ist gegründet. Vorsitzender ist Prof. Roux.

Rom. Eine Vereinigung aller öffentlichen und privaten Einrichtungen zur **Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose**, besonders auch der Tuberkulose im Kindesalter, ist auf Anregung der Professoren Baccelli, Tamburini und Rossi-Doria erfolgt. Die Vertreter dieser 61 Vereinigungen Roms haben Baccelli zum Ehrenvorsitzenden gewählt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

HYGIAMA in Pulver- und Tablettenform. (Letztere gebrauchsfertig.)
Als Lactagogum glänzend bewährt.
Literatur usw. steht den Herren Ärzten auf Verlangen gerne zur Verfügung.
Dr. Theinhardt's Nährmittelges. m. b. H., Stuttgart-Cannstatt 13.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie
von Oberstabsarzt Prof. Dr. **A. Dieudonné** in München.
7., umgearb. Auflage. 8°. VIII, 243 Seiten. Mit Abbildungen. 1911.
M. 6.80; geb. M. 7.80.

Hygienische Rundschau. Das Werk ist zum ersten Male im Jahre 1895 erschienen und hat schon damals allgemeinen Beifall gefunden. Auch heute noch, wo mehrere andere handliche Bücher denselben Stoff behandeln, ist seine Beliebtheit ungemindert... Das Buch wird auch in der neuen Auflage weite Verbreitung finden, bei Anfängern zum Studium wegen der leicht lesbaren Darstellung, bei Geübten zum Nachschlagen wegen der großen Menge der zitierten Arbeiten.

München, Dr. Pfeuffer's Hämoglobin.

München, den 10. Juli 1884.

Die k. Untersuchunganstalt bezeugt, daß die von Herrn Dr. Pfeuffer bereiteten und anher zur chemischen Untersuchung überschickten Hämoglobin-Pastillen im Durchschnitt 1,3 Gramm Hämoglobin (natürliches Eiseneiweiß) enthielten, und daß dieselben frei sind von für die Ernährung ungeeigneten Bestandteilen, wie solche im gewöhnlichen Blute als Exkretionsstoffe (Auswurfstoffe) vorhanden sind. Obige Untersuchung bestätigt:

Dr. Rudolf Emmerich, Prof. an der Universität München.
Dr. Max von Pettenkofer, Geheimrat, kgl. Prof. an der Univ. München.

Preis: Hämoglobin-Extrakt-Syrup ein Topf M. 1.60.
Hämoglobinzellchen M. 1.60 oder M. 3.—, ausreichend für 3 Wochen.
Ludwigs-Apotheke in München. — Erhältlich in Apotheken.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in **Pasing** bei München.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT A/M.

Euchinin
entbittertes Chinin.

Dymal
antisept. Wundstreupulver.

Chinin-Perlen.

Zimmer's Chinin-Chokolade-Tabletten

Den Herren Ärzten stellen wir neben Literatur auch Muster zur Verfügung. Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige Nr. 27 beziehen.

„Tussiculin" Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich."

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blutbildendes Kräftigungs- und Nährmittel!

Nettelbeck's Braunschweiger MUMME

Ältestes Malzpräparat — alkoholfreier flüssiger Malzextrakt.

Ein hervorragendes diätisches **Nähr- und Stärkungsmittel** für alle Leidenden, besonders für **blutarme** schwächliche Personen und **Kinder vom Säuglingsalter** an. **Wöchnerinnen** gibt die Mumme reiche Nahrung.
49,02% Maltose, 3,69% Eiweißstoff, 0,50% Phosphorsäure.

Wird wegen des angenehmen würzigen Malzgeschmackes sehr gern genommen und ist sehr bekömmlich. Unentbehrlich in der Kinderpraxis in allen Fällen, in denen keine natürliche Ernährung stattfindet.

Den Herren Ärzten Prospekte und Proben gratis und franko.

Man verlange stets Marke
H. C. F.

Braunschweiger Mumme-Brauerei
H. C. F. Nettelbeck, Ges. m. b. H.
Braunschweig, Beckenwerker Str. 26.

In der Kinderpraxis
seit zwei Jahrzehnten bewährt:

Kathreiners Malzkaffee

D. R. W. Z. 128247 **Pnigodin** D. R. W. Z. 128247

Kräftiges Expectorans **PERTUSSIS**

Indikationen: **Pneumonie, Broncho-Pneumonie, Bronchitis, Asthma bronchiale.**
Auffallend schnelle Heilerfolge.

Hervorragend bewährt auch in der **Säuglingspraxis!**

Bestandteile: Cinnamom. Ceylan. Pnigodin (Glykosid). Sambuc. nigr. Malt. Hord. sterilisiert, frei von Alkohol.

Zahlreiche Anerkennungen.

Von der Würzburger Universitäts-Poliklinik und anderen größeren Heilanstalten mit überraschendem Erfolge angewendet.

Versuchsquanten den Herren Ärzten gratis durch die

Pnigodin G. m. b. H., Charlottenburg P. A. 5.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke. Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke, E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**

Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

Dr. Walther Koch's ‚PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung :: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende** u. **herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. O. Opels Kinder-Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel

Bessert die Ernährung, speziell indiziert bei **Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen** und **Skrofulose.**

à Pfund M. 1.30.

Kinderbiskuit „Heima"

Blut- und knochenbildend.

Für die ersten Kauversuche. Indiziert bei **allen Arten von Unterernährung, Blutarmut** und **englischer Krankheit.**

à Pack M. 0,30.

Literatur und Proben gern zu Diensten.

Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,

Berlin SW. 48

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Differential-Diagnostik der inneren Krankheiten.

Von

Dr. Georg Kühnemann.

Oberstabsarzt in Berlin.

3. umgearbeitete Auflage. VIII, 236 Seiten. 1911.
Gebunden M. 5.—.

Von diesem Buche hat sich nach Verlauf von zwei Jahren bereits eine neue Auflage notwendig gemacht, ein Zeichen, daß sich das Buch praktisch bewährt hat. Wie die „Deutsche Medizinische Wochenschrift" sagt, ermöglicht das Buch in zweifelhaften und schwierigen Fällen eine zuverlässige und rasche Orientierung und wird daher als zweckentsprechend aufs wärmste empfohlen.

Nestle's Kindermehl

G. m. b. H.

Berlin W. 57

erlaubt sich, den Herren Ärzten

Gratisproben

des veränderten

Nestlemehles

anzubieten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nur echte Löflunds

Milchzucker Reinste Marke. Nach Prof. v. Soxhlet's Verfahren für gesunde u. kranke Säuglinge.

Nährmaltose für Kinder, die nicht gedeihen und an Körpergewicht abnehmen.

Malzsuppen-Extract f. magendarmkranke Kinder nach Keller & Gregor bis 80% geheilt.

Malzextract nach Liebig & Fehling seit 45 Jahren bewährt als Katarrhmittel und Nährpräparat für Kinder, Kranke u. Rekonvaleszenten.

Malzextract-Hustenbonbons unerreicht in Wohlgeschmack u. lösender Wirkung.

In allen Apotheken und Drogerien erhältlich.

Jodglidine

Vollkommener Ersatz für Jodkali. Im allgemeinen keine Nebenwirkungen. Als wirksames bekömmliches Jodpräparat bewährt bei Arteriosklerose, sekundärer und tertiärer Lues, Angina pectoris, Bronchitis, Asthma bronchiale, Exsudaten, Skrofulose, Augenkrankheiten, Gicht, chron. Gelenksentzündungen.

Chemische Fabrik Dr. Klopfer, Dresden.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Friedensauer Nährmittel

(mehrfach preisgekrönt)

sind **hervorragende Nahrungsmittel** für Gesunde u. Kranke.
Hoher Nährwert — sehr leicht verdaulich.

Friedensauer Kindermehl eignet sich **vorzüglich** zur **Kinderernährung** und zeitigt **glänzende Resultate** bei Brechdurchfall etc.
Weitere empfehlenswerte Kindernahrung: **Granola, Graham** und **Weißzwieback, Glutenmehl, Bisquit** „S" und „HS".
Keine chem. Beimischungen und Essenzen. — Alleinfabrikanten Deutschlands.

Deutscher Verein für Gesundheitspflege, Friedensau Nr. 21 (Post Grabow, Bez. Magdeburg.)

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Klinische Beiträge
zur
Physiologie der Schwangerschaft

von

Professor Dr. Friedrich Schatz
Geh. Medizinalrat in Rostock.

Inhalt: Wann tritt die Geburt ein? Konstruktion der Schwangerschaftsdauer, Vorausbestimmung des Tages der Geburt und nachträgliche Bestimmung des Erzeugers.

Zweite Hälfte zur Arbeit im Archiv für Gynäkologie, Bd. 72, 80, 84, 85, 86, 87. XVI, Seite 437—748 mit 126 Kurven im Text. 1910. M. 10.—.

Vollständige Ausgabe. XVI, 748 Seiten mit 281 Kurven im Text. M. 20.—.

Antiphlogistine

Literatur und Gratisproben franko.

ein **hydrophiler, schmerzstillender Umschlag.**

Indiciert in allen **entzündlichen** und **congestiven** Zuständen.
Therapeutisch glänzend bewährt.

Kade-Denver Co. m.b.H.
Berlin-Wilmersdorf, d.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. Mai 1911. Nr. 5.

I. Originalbeiträge.

Lumbalpunktion, Morphin und Atropin bei akuter Urämie.

Von

Dr. **Hermann B. Sheffield,**

Dozent der Kinderheilkunde in New York.

In diesem kurzen Bericht möchte ich auf die vorzügliche Wirkung der Lumbalpunktion bei gleichzeitigem subkutanen Gebrauch von Morphin und Atropin bei akuter Urämie bei Scharlachnephritis hinweisen. Ich habe dieses Verfahren in den letzten 6 Jahren in allen schweren Fällen dieser Art angewandt und stets vortreffliche Resultate erzielt. Der nachfolgende Fall wird hier zitiert, weil er besonders bösartig war und mir die erste Veranlassung gab, diese Behandlungsweise zu prüfen.

Es handelte sich um ein 9 Jahre altes Mädchen, das 3 Wochen vor dem Urämieanfall an sehr mildem Scharlach litt. Ungefähr 2 Wochen nach anscheinend vollständiger Genesung von Scharlach stellte sich eines Morgens Erbrechen mit heftigem Kopfschmerz ein. Da das Kind tags vorher viel Süßigkeiten genossen hatte, glaubte seine Mutter, durch eine Darmentleerung Abhilfe zu leisten. Trotz der tüchtigen Wirkung des Rizinusöls verschlimmerte sich jedoch der Zustand, und als der Familienarzt abends zu Hilfe gerufen wurde, fand er die Patientin in heftigen urämischen Konvulsionen, die fast ununterbrochen bis Mitternacht anhielten. Als das Kind zu Sinnen kam, klagte es über totale Blindheit und anhaltende Kopfschmerzen. Nebenbei bestanden ferner Anurie, Schlaflosigkeit, außerordentliche Unruhe, und zuweilen Halluzinationen. Abgesehen von der Vermehrung des — Eiweiß, Blut und Zylinder reichlich enthaltenden — Urins, dessen Quantität in 24 Stunden bis auf 200 ccm gestiegen war, blieb der Zustand derselbe bis zum 6. Tage, als ich zu Rate gezogen wurde.

Da die üblichen Heilmittel während der 6 Tage genügend, jedoch erfolglos angewandt worden waren, beschloß ich eine Lumbalpunktion zu versuchen, um den so deutlich wahrnehmbaren Gehirndruck zu erleichtern. Ich entnahm ungefähr 80 ccm Zerebrospinalflüssigkeit, die unter hohem Druck entströmte, und um der Patientin die sehr gewünschte Ruhe zu verschaffen, injizierte ich subkutan 0,004 Morphin und 0,0001 Atropin. (Ich habe mich seitdem vielfach überzeugt, daß die Wirkung der Lumbalpunktion durch die baldige Einspritzung von Morphin bedeutend erhöht wird.) Kaum 10 Minuten später verfiel das Mädchen in einem 8 Stunden langen ruhigen Schlaf und erwachte frei von der Amaurose, den Kopfschmerzen usw. Innerhalb 4 Wochen war sie vollständig hergestellt.

Da, meiner Erfahrung nach, diese Behandlungsart der akuten Urämie gänzlich harmlos ist und so äußerst prompt wirkt, glaube ich berechtigt zu sein, ihren Gebrauch allgemein zu empfehlen.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfahrungen mit Dürkheimer Maxquelle in der Praxis.

Von

Dr. Stoessner (Uedem).

Seit dem Jahre 1907 verwende ich in der allgemeinen Praxis mehrfach die Dürkheimer Maxquelle zu Trinkkuren. Da die Verbreitung des Brunnens noch immer nicht seiner hervorragenden Wirksamkeit entspricht, dürfte es angezeigt sein, meine aus der Landpraxis stammenden Resultate der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und damit vielleicht manchen Kollegen zur Anwendung des Brunnens zu ermutigen. Rein klinische Untersuchungen nach Art der Versuche der Herren v. d. Velden, v. Noorden u. a., wie Bestimmung der Blutkörperchenzahl, des Hämoglobingehaltes usw., konnten in der allgemeinen Praxis natürlich nicht vorgenommen werden. Ich mußte mich mit andern Beobachtungen begnügen; sie sind indessen interessant genug, zur Weiterverwendung der Maxquelle anzuregen. Die von mir angewandte Dosierung des Wassers bewegte sich meist zwischen 1 mal 10 ccm täglich und 3 mal 60 ccm täglich, bei täglicher Steigerung um 1 mal 10 ccm. Sie blieb aber auch darunter. Im allgemeinen entsprach sie dem neuerdings angegebenen Trinkschema. Die Quelle wurde stets im bestimmten Maßglas und immer am Schluß der Hauptmahlzeiten des Tages verabreicht. Die Haupterfolge dürfte die Maxquelle in der Pubertätszeit entwickeln. Sie beschleunigt die Entwicklung des Organismus zur vollen Reife und erzeugt eine bedeutende allgemeine Kräftigung, während sie in späteren Jahren sich auf diese mit Hebung des Ernährungszustandes und der Blutbildung einhergehende Kräftigung des Organismus beschränkt. Der Körper wird dadurch in die Lage gesetzt, sich der auf ihn einwirkenden Schädlichkeiten mit Erfolg erwehren zu können.

1. Juli 1907: Anna S. aus U., 12 Jahre alt, erblich belastet betr. Tuberkulose und Neurasthenie; hochgradige Blutarmut, elendes Aussehen, Abmagerung, hochgradige Abneigung gegen Nahrungsaufnahme (z. T. Weigerung), Skrofulose mit chronischem Rachenkatarrh, Vergrößerung der Mandeln, Verdickung der Muschelränder der Nase, Neigung zu Erkältung und Katarrhen der gesamten Luftwege. Kur mit Maxquelle: 1 mal 10 ccm tägl., steigend um 1 mal 10 ccm tägl. bis 3 mal 40 ccm tägl.; nach 4 Wochen rasche Abnahme um 3 mal 10 ccm tägl.

Erfolg am Schlusse der Kur: Blühendes, munteres Kind, Blutarmut nicht mehr festzustellen. Nahrungsaufnahme vorzüglich, keine Katarrhe, Nase für Luft gut durchgängig.

2. Juli 1907: Marie S. aus U., 10 Jahre alt, Schwester der vorigen. Erbliche Belastung. Etwas schwachsinnig, besonders schwaches Gedächtnis, Blutarmut, Ernährungszustand, Skrofulose wie bei Fall 1. Ebenfalls ungenügende Nahrungsaufnahme und Neigung zu Katarrhen, Kur zugleich mit Fall 1 und in gleicher Stärke und Dauer, Erfolg wie bei Fall 1. Entschiedene Besserung des Gedächtnisses.

3. Juli 1907: Christine S. aus U., 7 Jahre alt, Schwester der beiden vorigen. Erbliche Belastung. Blutarmut, Ernährungszustand, Skrofulose wie bei Fall 1 und 2. Schlechte Nahrungsaufnahme. Rachitische Verkrümmung der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten. Kur zugleich mit den Schwestern und von gleicher Dauer, beginnend mit 5 ccm tägl., steigend 1 mal tägl. 5 ccm bis 3 mal 30 ccm tägl. Nach 4 Wochen rasche Abnahme. Erfolg wie bei Fall 1.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Juli 1907: Johann S. aus U., 5 Jahre alt, Bruder der 3 vorigen. Erbliche Belastung. Blutarmut, schlechter Ernährungszustand und schlechte Nahrungsaufnahme, sowie Skrofulose wie bei den Geschwistern. Chronischer Katarrh des Rachens und der Bronchien. Starke Verkrümmung der Brust- und Lendenwirbelsäule. Schüchternes Kind mit auffallend scheuem, gedrücktem Gesichtsausdruck. Kur zugleich mit den Schwestern und von gleicher Dauer, beginnend mit 5 ccm und steigend um 1 mal 5 ccm tägl. bis 3 mal 30 ccm tägl.; dann rasche Abnahme nach 4 Wochen. Erfolg: Blutarmut und Skrofulose sehr gebessert. Nahrungsaufnahme und Ernährungszustand normal. Katarrhe verschwunden. Heitere, zum Scherzen geneigte Stimmung. Der scheue Gesichtsausdruck verschwunden.

Leider befinden sich die bisher angeführten 4 Kinder in sehr ungünstigen Verhältnissen. Das günstige Resultat der Kur war daher nicht dauernd; doch konnte ich ungefähr 1 Jahr lang den Einfluß der Arsenquelle noch feststellen. Dann verzog die Familie nach einem andern Orte.

5. Christine S. aus K., 14 Jahre alt, Landwirtstochter. Entwicklungsneurasthenie. Belastetes Nervensystem. Auffallend kräftig gebautes Kind. Klagen über Kopfweh und Müdigkeit. Fast völlige Appetitlosigkeit. Nächtliches Aufschreien. Starke Erregbarkeit der Blutgefäßnerven, Erröten und Erblassen. Blaue, kalte Hände. Akneausschlag im Gesicht. Rombergsches Schwanken, Zittern der gespreitzten Finger. Neigung zum Weinen. In der Schule (letztes Schuljahr) Zunahme der Beschwerden. Zuletzt fast unfähig zum Rechnen und Versagen auch in andern Fächern. Hydropathische Prozeduren und eine Kur mit Nukleogen waren erfolglos geblieben. September 1907 Kur mit Maxquelle: Beginn mit 1 Eßlöffel tägl. steigend um 1 mal 1 Eßlöffel bis 3 mal 3 Eßlöffel tägl. In der 5. Woche rasche Abnahme. Erfolg: Rasche Hebung des Appetits. Verschwinden der Akne, der Müdigkeit, des Kopfwehs. Auffallendes Wachstum um ca. 2 cm Länge innerhalb 2 Monaten. Das vorher schlanke Kind ist sehr breit, eine wahre Walkürengestalt geworden. Die krankhaften Erscheinungen, die am Schlusse der Kur noch nicht geschwunden waren, verloren sich im Lauf der nächsten Zeit von selbst. Das Kind ist seither gesund.

6. Henriette v. d. L. aus U., 14 Jahre alt, Landwirtstochter. Chorea minor bei allgemeiner Neurasthenie. Belastetes Nervensystem. Überarbeitung in wissenschaftlichen Unterricht und Musik. Blutarmut, Schlaflosigkeit, schlechter Ernährungszustand. Zuerst 8 Tage Brom ohne Erfolg. Dann Kur mit Maxquelle Januar und Februar 1908: Beginn mit 1 Eßlöffel steigend um 1 mal tägl. 1 Eßlöffel bis 3 mal 3 Eßlöffel tägl. Nach 5 Wochen rasche Abnahme. Erfolg: am Ende der Kur sind die choreatischen Erscheinungen verschwunden. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut. Vorzüglicher Ernährungszustand. Erscheint wesentlich gewachsen. Vollständig arbeitsfähig in allen Fächern.

7. Frau S. in U., 22 Jahre alt, Landwirtsgattin. Belastetes Nervensystem. Reste von Tuberkulose. Neigung zu Rheumatismus. Retroflexio uteri, Colica mucosa mit sehr schmerzhafter Peristaltik, mäßige Hysterie, Blutarmut, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, schlechter Ernährungszustand. Als unterstützende Maßnahme neben hygienischen diätetische Vorschriften. Kur mit Maxquelle im Februar und März 1908. Beginn mit 1 Eßlöffel, steigend um 1 Eßlöffel tägl. bis 3 mal 3 Eßlöffel tägl. Nach 5 Wochen rasche Abnahme. Erfolg: Besserung von Appetit, Ernährungszustand und Schlaf. Allgemeinbefinden trotz Weiterbestehens der hysterischen Symptome und der Schleimkolik soweit gebessert, daß Patientin ihr Hauswesen besorgen kann.

8. Heinrich B. in N. bei U., 9 Jahre alt, Arbeitersohn. Blödsinn und progressive Muskelatrophie. Belastetes Nervensystem. Versuchsweise Kur mit Maxquelle Februar und März 1908: Beginn mit 10 ccm steigend um 1 mal 10 ccm tägl. bis 3 mal 10 ccm tägl. Nach 5 Wochen rascher Rückgang. Erfolg: etwas gesteigerte Eßlust. Beeinflussung der progressiven Muskelatrophie nicht wesentlich.

9. Johanna S. in K., 10 Jahre alt, Landwirtstochter. Angeblich nicht belastet. Blutarmut. Angeborene Myopie beiderseits (ca. — 3,0 bil.), Akkommodationsschwäche. Kur mit Maxquelle im März 1908: Beginn mit 10 ccm steigend um 1 mal 10 ccm tägl. bis 3 mal 40 ccm tägl. Nach 5 Wochen rascher Rückgang.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfolg: Blutarmut beseitigt. Allgemeine Kräftigung, besonders auch der Akkommodationsfähigkeit.

10. Frl. Flora v. d. L. in P., 20 Jahr alt, Landwirtstochter. Tuberkulös belastet. Verdacht auf Phthise. Klagen über Stechen r. h. u. Angeschwächter Klopfschall bei mäßigem Ernährungszustand. Blutarmut. Kur mit Maxquelle Mai 1908 (neben hygienisch-diätetischen Vorschriften). Beginn mit 1 Eßlöffel, steigend um 1 Eßlöffel tägl. bis 3 mal 3 Eßlöffel tägl. Nach 5 Wochen rasche Abnahme. Erfolg: Blutarmut verschwunden. Vorzüglicher Ernährungszustand. Stechen verschwunden. Blieb angeblich gesund bis Sommer 1910, dann Erkrankung der Lunge. Die Untersuchung ergab Tuberkulose. Patientin begab sich in ein Sanatorium.

11. Frl. Katharine v. d. L. in P., 19 Jahr alt, Landwirtstochter, Schwester der vorigen. Tuberkulös belastet. Narben von tuberkulösen Drüseneiterungen. Klagen über Stechen r. h. u. Die Untersuchung ergab außer Blutarmut und schlechtem Ernährungszustand nichts Wesentliches. Kur mit Maxquelle wie bei Fall 10. Erfolg: Guter Ernährungszustand ohne Blutarmut. Stechen verschwunden. Blieb gesund.

12. Frl. Lucy R. aus C., 40 Jahre alt, Lehrerin. Belastetes Nervensystem. Überarbeitet. Mangelhafter Ernährungszustand. Blutarmut. Kur mit Maxquelle in der Heimat, Herbst 1908. Erfolg nach Bericht: Vorzüglicher Ernährungszustand ohne Blutarmut. Wesentliche Kräftigung des Nervensystems.

13. Christine Th. aus B., 11 Jahre alt, Landwirtstochter. Neurasthenie, schlechter Ernährungszustand und Appetitmangel infolge von schmerzhafter peristaltischer Unruhe des Darms nach Nahrungsaufnahme. Nach Beseitigung des Darmleidens zur Kräftigung Kur mit Maxquelle Mai und Juni 1910. Beginn mit 10 ccm, steigend um 10 ccm tägl. bis 3 mal 40 ccm tägl. Nach 5 Wochen rasche Abnahme. Erfolg: Vorzüglicher Ernährungszustand und Appetit. Neurasthenie verschwunden.

14. Frl. Katharine H. in K., 24 Jahre alt, Landwirtstochter. Belastetes Nervensystem. Neurasthenie, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Klagen über Müdigkeit. Chronischer Zervixkatarrh. Kur mit Maxquelle April und Mai 1910. Beginn mit 1 Eßlöffel, steigend um 1 Eßlöffel tägl. bis 3 mal 3 Eßlöffel tägl. Nach 5 Wochen rasche Abnahme. Erfolg: Appetit und Ernährungszustand gut, desgleichen Schlaf. Müdigkeit verschwunden, ebenso Neurasthenie. Der Zervixkatarrh ist im Begriff unter lokaler Behandlung zu heilen.

15. Elfriede S. aus H., 6 Jahre alt, Lehrerstochter. Belastetes Nervensystem. Schlechter Ernährungszustand. Starke Blutarmut, Appetitmangel. Krankhafte Lebhaftigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, enorm rascher Stimmungswechsel. Kur mit Maxquelle Juli und August 1910. Beginn mit 5 ccm tägl. bis 30 ccm 3 mal tägl. Nach 5 Wochen rasche Abnahme. Erfolg: Rapide Zunahme des Appetits. Damit Besserung des Ernährungszustandes und der Blutarmut. Verschwinden der Ermüdbarkeit. Gleichmäßige sehr heitere Stimmung ohne krankhafte Lebhaftigkeit. Im Beginn der Kur in 8 Tagen Gewichtszunahme um 250 g und Längenwachstum von 0,5 cm. Die Kur wurde dann in der Heimat des Kindes mit vorzüglichem Erfolg beendet.

16. Marie S. aus U., 21 Jahr alt, Dienstmädchen. Belastetes Nervensystem. Blutarmut, schlechter Ernährungszustand, Appetitmangel, Neigung zu übelriechenden Schweißen. Kur mit Maxquelle Juli und August 1910. Beginn mit 10 ccm steigend tägl. um 10 ccm bis 3 mal tägl. 60 ccm. Nach 5 Wochen rasche Verminderung. Erfolg: Rapide Steigerung des Appetits und damit Besserung des Ernährungszustandes und der Blutarmut. Ausbleiben der Schweiße. Blühendes Aussehen.

17. Frl. Friede W. aus A., 16 Jahre alt, Beamtentochter. Belastetes Nervensystem. Vor 6 Jahren leidend an Chorea. Viel kränklich. Blutarm. Schlechte Nahrungsaufnahme, schlechter Schlaf. Neigung zu rheumatischen Beschwerden. Kur mit Maxquelle September und Oktober 1910. Beginn mit 10 ccm steigend tägl. um 10 ccm bis 3 mal 60 ccm tägl. Nach 6 Wochen rasche Abnahme. Erfolg: Rapide Zunahme des Appetits. Besserung des Ernährungszustandes und des Schlafes. Blutarmut verschwunden. Interessant war in diesem Falle die Zu-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nahme des Körpergewichts, die nach der 1. Woche 2 Pfund, in der 3. Woche 4 Pfund und am Schlusse der 7. Woche 15 Pfund betrug. Patientin war in derselben Zeit um 1 cm in die Länge gewachsen.

Soweit die anzuführenden Krankengeschichten. Weitere Fälle, die in Behandlung sind, betreffen eine hochgradige Neurasthenie, einen Fall von Melancholie nach Niederkunft mit äußerster Blutarmut und einen Fall von chronisch nässendem Ekzem. Es ist schon jetzt zu sehen, daß die Kur auch in diesen Fällen den gewünschten Erfolg haben wird. Erwähnen möchte ich zum Schluß, daß es mir mit den früher unter ähnlichen Fällen oft verwendeten Wässern von Roncegno, bzw. Levico nicht gelungen ist, derartige zum Teil geradezu frappante Erfolge zu erzielen.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

v. Bókay (Budapest), Über den Zwerchfellbruch im Anschluß an 2 Fälle. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 1.) Der erste Fall, ein 10 Tage alter Knabe, zeigt Atembeschwerden, Zyanose, Erbrechen, nach rechts verlagerte Herzdämpfung, verschwommene Leberdämpfung. Exitus nach 2 Tagen. Anatomisch findet sich ein echter Zwerchfellbruch. Der ganze Dünndarm, das Colon ascendens und transversum, Milz und Pankreas liegen in der Bauchhöhle. Die große Bruchpforte ist wahrscheinlich durch zurückgebliebene Entwicklung der Muskelfasern entstanden.

Der zweite Fall, ein 11 Monate altes Mädchen, ist ein in die Gruppe der falschen Zwerchfellbrüche gehörender angeborener Zwerchfellbruch, welcher primär durch das mangelhafte Zusammenwachsen der ventralen und dorsalen Zwerchfellplatte entstanden sein muß. In der linken Brusthöhle an Stelle der Lunge lag der Magen mit der großen Krümmung, von dem Omentum bedeckt nach vorn, die Pylorusgegend nach oben, die Kardia unten. In der linken Brusthöhle lag noch der bis zum Ileum reichende Teil des Duodenums. Hecker.

K. Beck (Frankfurt a. M.), Raynaudsche Krankheit bei einem Säugling. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 1.) 6 Monate alter Säugling zeigt blaurote Verfärbung der linken Hand, beider Füße und der rechten Ohrmuschel. Die Erscheinung verschwand nach ca. 6 Stunden, trat aber periodisch jeden Tag auf. Nach wechselndem Verlauf mit Ab- und Zunahme der Verfärbungen tritt im Alter von 7 Monaten der Tod ein. Folgt eine Zusammenstellung der Pathologie der seltenen Erkrankung nach den Angaben der Literatur.

Hecker.

M. Karasawa und **B. Schick** (Wien), Untersuchungen über den Gehalt menschlichen Serums an Schutzkörpern gegen Diphtherietoxin. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 3.) Die Untersuchungen wurden nach der Methode von Römer angestellt. Die einfach letale Dosis des Diphtherietoxins beträgt 0,0007; 0,00001

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis 0,0001 dieses Toxins (in $^1/_{10}$ ccm Flüssigkeit) genügt, um bei intrakutaner Injektion an depilierten Hautpartien nach 24 und 48 Stunden deutliche Rötung und Infiltratbildung am Orte der Injektion hervorzurufen. Nach 72 Stunden Nekrosenbildung. Aus den Untersuchungen ergibt sich:

Das Nabelschnurblut enthält in allen untersuchten Fällen Schutzkörper gegen Diphtherietoxin. Der Gehalt an solchen beträgt durchschnittlich 0,62 I.-E. im Kubikzentimeter.

Das Serum von Säuglingen enthielt unter 5 Fällen nur einmal und auch da nur eine geringe Menge von Schutzkörpern. Der jüngste untersuchte Säugling war 6 Wochen alt. Der im Nabelschnurblut vorhandene Schutzkörper dürfte daher nach 6 Wochen geschwunden sein.

Bei Kindern im Alter vom 2.—12. Jahre (24 untersuchte Fälle) fehlte im Serum 11 mal ein Schutzkörper gegen Diphtherietoxin. In 2 Fällen war der Antitoxingehalt auffallend hoch — 3 I.-E. im Kubikzentimeter —, ohne daß dafür eine Erklärung (vorangegangene Diphtherieerkrankung?) gegeben werden kann.

Erwachsene (13 untersuchte Fälle) ließen 4 mal Schutzkörper vermissen. In den restlichen 9 Fällen war der Antitoxingehalt ähnlich groß wie in Gruppe 3.

Drei vor der Seruminjektion untersuchte, an Diphtherie erkrankte Kinder im Alter von 6—8 Jahren besaßen kein Antitoxin im Serum.

Hecker.

M. Pekal und **E. Tezner** (Budapest), Untersuchungen über die Herzfunktion an einem Fall von Ectopia cordis congenita. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 3.) Bei einem neugeborenen Kind, das mit vollständiger Ektopie des Herzens behaftet war und 3 Tage am Leben blieb, wird ein Kardiogramm gewonnen. Man ersieht daraus, daß das Herz auch schon bei Neugeborenen über einen so vollkommenen Reguliermechanismus verfügt, daß es sich auch ganz fremdartigen Verhältnissen vollkommen anzupassen vermag. Mit schwachen galvanischen Strömen gesetzte Herzreize ergaben, daß während des Durchfließens des konstanten Stromes häufig die Herzaktion beschleunigt war. Schließen und Öffnen des Stromes verursacht je eine kurzdauernde große Zuckung, das Öffnen mehr als das Schließen. Hierbei fällt die Herzpause aus, so daß die Zuckungen den Charakter von Extrasystolen haben.

Hecker.

F. Toporski (Posen), Über angeborene Stenose des Pylorus bei Säuglingen infolge von Entwicklungsstörung des Darmkanals. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 3.) Bei einem Säugling, der bald nach der Geburt ohne erkennbare Ursache mitten in bester Gesundheit plötzlich an hartnäckigem, jeder Behandlung trotzendem Erbrechen bei sonst normalen Stühlen erkrankt, bei dem der erbrochene wie der ausgeheberte Mageninhalt stets frei von Galle, die Magengegend vorgewölbt und der Unterleib eingesunken ist, mußte ein angeborenes Passagehindernis zwischen dem Pylorus und der Einmündungsstelle des Ductus choledochus in das Duodenum angenommen und eine operative Behandlung vorgeschlagen werden.

Hecker.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

N. Krasnogorski (St. Petersburg), Über die Störungen des Wasserhaushaltes (Salznährschaden) bei Säuglingen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 72. Heft 4.) Die Störung im Wasserhaushalt zeigt sich bei Säuglingen klinisch in drei verschiedenen Graden: a) das Stadium der Unbeständigkeit des Körpergewichtes, b) das latente und c) das klinische Ödem. Das klinische Ödem kann ohne gesteigerte Salzretention sogar bei herabgesetzter Mineralbilanz zustande kommen. Die mit Ödem auf salzreiche Nahrung reagierenden Kinder retinieren die Salze in bedeutend kleineren Mengen als die gesunden. Die abwehrende Retention der ersteren ist deutlich herabgesetzt. Der Zusammenhang zwischen den in die Zirkulation eintretenden Salzen und dem reaktiven Ödem kann wahrscheinlich auf die irritierende Wirkung der Salze auf den intermediären Wasserumsatz zurückgeführt werden.

Der Ernährungszustand im Gewebe des Kindes ist von entscheidender Bedeutung für die Genese des Ödems in dem Sinne, daß die richtig ernährten Gewebselemente der Wirkung der zirkulierenden Salze länger und besser widerstehen.

Unter dem Einflusse des mit Frauenmilch eingeführten NaCl stieg die Ca-, Mg- und KCl-Retention etwas an. Das Chlornatrium wurde aber trotz der Entstehung von Ödem fast total ausgeschieden. Die Ausscheidung der Salze durch die Nieren ist bei Säuglingen mit Störungen im Wasserhaushalt ganz vollkommen. Hecker.

W. Wernstedt, Zur Kenntnis der physiologischen Schwankungen des Leukozytengehaltes im Blut der Brustkinder. (Vorläufige Mitteilung.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 7. S. 343.) Nach den Angaben der Literatur kommt es beim gesunden Brustkinde nach einer eingenommenen Mahlzeit in der Regel zu einer Leukopenie; diese wird nach Darreichung der ersten Kuhmilchmahlzeiten gewöhnlich vermißt oder es kommt statt dessen eine Leukozytose zum Vorschein.

W. unternahm Untersuchungen a) mit roher Brustmilch, und zwar 1. nach 12—34 Stunden Wasserdiät; b) mit gekochter Brustmilch 2. nach 5—8 Stunden absolutem Fasten und c) mit Kuhmilch 3. nach gewöhnlichen $2^1/_2$—4 Stunden Intervallen. Dabei ergab sich kein charakteristischer gesetzmäßiger Verlauf der Leukozytenkurve; sowohl nach einer Brustmahlzeit wie nach der ersten Mahlzeit mit gekochter Brustmilch oder Kuhmilch ähnelte die Kurve einer unregelmäßigen Fieberkurve. Auffallend sind die ziemlich bedeutenden Schwankungen im Leukozytengehalt des Blutes überhaupt. Eine gewisse Gesetzmäßigkeit war aber doch in anderer Richtung zu bemerken. Die Leukozytenzahlen sind im Schlafe oder kurz nach dem Erwachen auf einer tieferen Stufe als im wachen Zustand. Der Leukozytengehalt des Blutes wurde noch größer, wenn das wachende Kind schrie und unruhig war. W. betont, daß bei Leukozytenuntersuchungen auf das Verhalten des Kindes Rücksicht genommen werden muß. Schick.

W. Wernstedt, Über Pertussis bzw. pertussisähnlichem Husten und spasmophile Diathese. (Vorläufige Mitteilung.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 7. S. 344.) W. fand bei einer keuchhustenähnlichen Endemie auf der Säuglingsstation, daß

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei Pertussis I. (ganz leichter Husten) 0 %, II. (Reizhusten mäßigen Grades) 11 %, III. (sehr intensive Attacken mit Erbrechen) 31 %, IV. (ausgeprägte Pertussisfälle) 58 % elektrische Übererregbarkeit im Sinne einer Tetanie vorhanden ist, d. h. daß die Kathodenöffnungszuckung < 5 Milliampère betrug. Schick.

W. Wernstedt, Zur Frage der Kuhmilchidiosynkrasie im Säuglingsalter. (Monatsschrift f. Kinderheilkd. Bd. 9. Nr. 7. S. 345.) W. führt die Kuhmilchidiosynkrasie auf eine Allergie des Organismus auf Kuhmilch zurück, wobei W. hervorhebt, daß die Kuhmilchidiosynkrasie der Brustkinder am häufigsten bei solchen Kindern beobachtet wird, die schon Kuhmilch einmal erhalten haben und nun nach vorübergehender Verabreichung von Brust neuerlich Kuhmilch erhielten. Schick.

E. Schloß, Die Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 7. S. 346; vgl. Referat Vogt über dieselbe Frage in Nr. 3 d. Zeitschrift.) Nach den Erfahrungen von Sch. ist eine der wichtigsten Aufgaben bei Kindern mit Furunkulose, auch die Ernährung zu heben. Das beste Mittel ist Verabreichung der Brust. Ein Behandlungsverfahren besteht in Injektion von spezifischem Staphylokokkenvakzin. Der Wert dieser Methode ist noch nicht sichergestellt. Am besten bewährte sich das Verfahren von Lewandowsky (Schwitzpackungen mit nachfolgendem Sublimatbad). Bei starker Entwicklung von Eiterbläschen namentlich am Hinterkopf tun Formalinumschläge (1 %) gute Dienste. Die Eröffnung der Abszesse erfolgt mit einem zweischneidigen Messer und möglichst rasch. Drainage ist überflüssig. Bezüglich der Behandlung von Phlegmone unterscheidet Sch. drei Kategorien.

Die erste Art tritt meist unter einer Form des akuten entzündlichen Ödems auf (besonders am Hinterkopf); am Rumpf ist nur eine starke Infiltration um einen zentralen Eiterpfropf vorhanden. Diese Form findet man bei leidlich kräftigen Kindern und verlangt konservative Behandlung. Sch. empfiehlt zuerst Umschläge mit Liq. Alum. $^5/_{100}$. Entweder geht der Prozeß ganz zurück oder er lokalisiert sich. Dann wird erst inzidiert.

II. Form. Eiterbildung primär. Therapie: Inzision. Meist kommt man mit kleinen Schnitten aus.

III. Form. Primär nekrotische Form: livide Infiltration mit Tendenz zur flächenhaften Ausdehnung bei herabgekommenen atrophischen Kindern ante exitum. Hier empfiehlt Sch. überhaupt nichts vorzunehmen, da die Kinder nur nutzlos gequält werden. Schick.

H. Helbich, Die Bedeutung der Kohlehydrate bei fettreicher Nahrung. (Aus dem Waisenhaus in Rummelsburg, Oberarzt Dr. E. Müller.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 7. S. 351.) H. hat bei Ernährung junger, nicht akut ernährungsgestörter Säuglinge mit molkenreduzierter Milch (Molke und Eiweiß auf $^2/_5$ der Vollmilch verdünnt) befriedigende Resultate erzielt. Bei einer ganzen Reihe von Kindern kam es aber zu Gewichtsstillstand und zu dystrophischen Störungen. H. sucht nun nach der Ursache des Mißerfolges. Schon auf Grund einfacher Überlegung war bei der geringen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eiweiß- und Molkenmenge nur noch der unveränderte Fett- und Milchzuckergehalt in Frage zu ziehen. H. untersuchte nun, was für Erfolge sich bei gleichbleibend hoher Fettgabe lediglich durch eine Variation der Kohlenhydrate erzielen ließ. Er ging bei den Ernährungsversuchen von einer Stammlösung eines Nahrungsgemisches aus (1 Liter Milch wurde zentrifugiert, die so gewonnene Sahne mit Magermilch auf 400 ccm und dann mit Wasser auf 1000 ccm aufgefüllt). Diese Lösung enthielt das ganze Fett der Kuhmilch, dagegen nur $^2/_5$ Eiweiß und $^2/_5$ Molke und überdies auch $1^1/_2$—$2^0/_0$ Milchzucker. Diese Stammlösung bezeichnet H. als FM (Fettmilch). Zu dieser Stammlösung konnte H. entweder Milchzucker oder andere Kohlehydrate (z. B. Mehle, Soxhlet-Milchzucker) in gewünschter Menge zusetzen.

H. konnte nun zeigen, daß bei Vermehrung des Milchzuckergehaltes seiner FM-Stammlösung keine richtige Zunahme erzielt werden konnte, daß aber eine solche Zunahme sofort einsetzte, wenn er statt Milchzucker ein anderes Kohlehydrat in analoger Menge zusetzte. Besonders günstig waren die Erfolge, wenn der Milchzucker mit Malz und Mehl vertauscht wurde.

Bei andern Kindern genügte das einfache Vertuschen der Kohlehydrate nicht. Eine ungestörte Entwicklung war erst dann gesichert, wenn auch die Quantität der Kohlehydrate erhöht wurde.

Es zeigt sich also, daß der hohe Fettgehalt nicht schädlich wirkt. Der unbefriedigte Gewichtsanstieg eines Kindes bei einem Nahrungsgemisch, in dem das Fett selbst in unverminderter Menge vertreten ist, darf somit nicht ohne weiteres auf den Fettgehalt bezogen werden, auch dann noch nicht, wenn nach Übergang auf eine fettarme und kohlehydratreiche Nahrung eine recht gute Gewichtszunahme sich zeigen sollte.

Er bestätigt die Angaben Weigerts, daß es eine ganze Reihe von Fällen gibt, bei denen der Milchzucker ohne jeden Einfluß auf den Ablauf der Gewichtskurve ist. Das sind Kinder, deren Gewichtszunahme eine durchaus mangelhafte ist, oder die auch schon Abnahme des Körpergewichts zeigen. Dagegen betont H., daß man die Weigertsche Ansicht nicht verallgemeinern dürfe. H. sah, daß bei Kindern, die in Zunahme begriffen waren, eine Reduktion des Milchzuckers in allen Fällen Gewichtsstillstand, aber noch viel häufiger mehr oder weniger erhebliche Abnahme verursachte, welche durch Zugabe von Milchzucker ausgeglichen werden konnte. Schick.

B. Salge, Die physikalischen Erscheinungen des Blutes beim gesunden und kranken Säugling. I. Mitteilung: Der osmotische Druck. (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 1. S. 126.) Während über den Zusammenhang von Stoffwechselvorgängen mit dem Verhalten der Temperatur viele Arbeiten vorliegen, hat man sich mit der Frage der osmotischen Spannung der Körpersäfte nur wenig beschäftigt, und doch besteht zwischen Regulierung der Temperatur und der des osmotischen Druckes enger Zusammenhang. Die Bestimmung des osmotischen Druckes im Serum ist beim Säugling mit großen technischen Schwierigkeiten verbunden. S. hat erst selbst die Untersuchungsmethode ausgearbeitet (Bestimmung mittels Thermo-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

element) und neben solchen Bestimmungen auch die der Leitungsfähigkeit und des Brechungsindex vorgenommen. Die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen, doch ergaben sich schon bisher bemerkenswerte Resultate. Bei Atrophikern wurden beträchtliche Unterschiede in der osmotischen Konzentration des Serums zwischen den einzelnen Fällen gefunden. Die Abweichungen von der Norm sind meist im Sinne eines geringen osmotischen Druckes. Zwei sehr schwere Atrophiker (2 Monate alt) zeigten eine sehr starke Verringerung der osmotischen Konzentration des Serums, was wohl auf Salzverlust zu beziehen ist. Bei 7 Fällen von alimentärer Intoxikation ergab sich stark erhöhte osmotische Spannung.

Diese Befunde zeigen, daß bei den alimentären Störungen des Säuglings starke Schwankungen des osmotischen Druckes vorkommen, daß sich also die Fähigkeit des Säuglings, diesen zu regeln, als ungenügend erwies. Die Bedeutung dieses Umstandes für die Pathologie der Stoffwechselstörungen müssen weitere Untersuchungen lehren.

Schick.

H. Bahrdt und **F. Edelstein,** Ein Beitrag zur Kenntnis des Eisengehaltes der Frauenmilch und seiner Beziehungen zur Säuglingsanämie. (Kaiserin-Auguste-Viktoriahaus, Abteilung Langstein.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 2. S. 182.) Über den Eisengehalt der Frauenmilch liegen nur ungenügende Analysen vor, deren Resultate enorme Differenzen aufweisen. Verff. untersuchten deshalb die Milch von drei Ammen auf ihren Eisengehalt. Da eine der Ammen ausgesprochen anämisch und chlorotisch war, wurde zu gleicher Zeit der Einfluß einer vermehrten Eisenzufuhr in der Nahrung der Mutter auf den Eisengehalt der Milch studiert. Die Resultate der Untersuchung fassen die Autoren folgendermaßen zusammen:

Die in der Literatur verzeichneten Schwankungen im Eisengehalt der Frauenmilch, die außerordentlich großen Differenzen in den Werten der einzelnen Untersucher (bis um das 30 fache) dürften auf mangelhafte Methodik zurückzuführen sein. Je größer die untersuchten Mengen sind, je länger die Untersuchungsperioden sind, um so geringere Schwankungen weisen die Resultate auf. Derart vorgenommene Untersuchungen ergeben Werte zwischen 1,215 und 2,93 mg in 1000 ccm Milch, im Durchschnitt in einem Falle 1,64 mg, im zweiten 1,93 mg, im dritten 1,76 mg. In den ersten Monaten der Laktationszeit ist eine Abnahme des Eisengehalts nicht deutlich.

Bei einer vorübergehend infolge Blutverlusts anämisch gewesenen Mutter, deren Kind nicht anämisch war, stieg der Eisengehalt der Milch während der spontanen Erholung etwas an. Bei später begonnener vermehrter Eisenzufuhr zeigte sich kein Einfluß auf den Gehalt der Milch an Eisen. Im Gegensatz dazu wurde bei einer anämischen Frau (Milcheisengehalt normal), deren Kind anämisch war, durch Medikation von Eisen der Eisengehalt der Milch deutlich vermehrt. Zu gleicher Zeit stieg die Zahl der roten Blutkörperchen beim Kind.

Schick.

L. Wrede, Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der erblichen angeborenen Kniescheibenverrenkung. (Aus der Chirur-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gischen Universitätsklinik in Königsberg.) (Medizin. Klinik. 1911. Nr. 1.) Aus einer Familie, bei welcher doppelseitige angeborene Kniescheibenverrenkung erblich, hatte W. Gelegenheit, Vater und dessen 2 Kinder (11 jähriges Mädchen und 10 jähriger Knabe) zu untersuchen, die sämtlich die gleiche Anomalie aufwiesen.

Wie so häufig, waren in den 3 Fällen die doppelseitigen Kniescheibenverrenkungen nicht die einzigen Mißbildungen:

Bei allen drei Personen findet man Verunstaltungen an den Fingerendgliedern, bestehend in einer radialen Adduktion der Kleinfingerendglieder, und Mißbildung bzw. Fehlen der Nägel an Daumen und Zeigefingern.

Ferner zeigte das Mädchen eine auffällige Depression des Brustkorbes, welche die Ansatzabschnitte der ersten bis dritten Rippe am Brustbein betrifft, außerdem eine stärkere Krümmung des zugehörigen Schlüsselbeins, aber keinen Pektoralisdefekt. Es ist eine asymmetrische, an ungewöhnlicher Stelle sitzende Trichterbrust. Wenn wir die neuesten Erklärungsversuche dieser Mißbildungen berücksichtigen und die Impression des Thorax durch einen Arm oder das Kinn entstanden uns denken, so könnte man hier etwa annehmen, daß während des uterinen Lebens die auf der linken Schulter ruhende rechte Hand, vielleicht durch das herabgesunkene Kinn angepreßt, diesen Eindruck in den Brustkorb bewirkt hat. Sie paßt jedenfalls noch heute sehr bequem in die Vertiefung hinein.

Der Knabe seinerseits zeigte flache horizontale Thoraximpressionen unterhalb der vierten Rippe, ferner eine rechtskonvexe Skoliose der unteren Brustwirbelsäule und eine doppelseitige Subluxation des Radiusköpfchens nach hinten, von dem man die Hälfte seiner Gelenkfläche bequem abtasten kann.

Die 3 Fälle sind schon durch ihre Seltenheit bemerkenswert. In der vor 4 Jahren erschienenen sorgfältigen Zusammenstellung aller in der Literatur bekannten kongenitalen Patellaluxationen von Bogen findet sich das familiäre Vorkommen der Mißbildung nur 10 mal verzeichnet.

Wichtig sind die 3 Fälle ferner für die Frage nach der Ätiologie der angeborenen Kniescheibenverrenkung. Es kommen ätiologisch in Betracht die fehlerhafte Keimanlage und die intrauterine Raumbeschränkung. Durch die ungewöhnlich große Zahl von Begleitmißbildungen läßt sich wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit hier eine Entscheidung treffen. Alles, was wir in den 3 Fällen an Mißbildungen finden, die Patellaluxationen, die Radiusluxationen, die Adduktionen der Endglieder an den Kleinfingern, die Mißbildungen der Nagelglieder an Daumen und Zeigefingern, die Skoliose der Thoraximpressionen, alles das sind Erscheinungen, welche im einzelnen sowohl wie in dieser Häufung am ungezwungensten durch die eine gemeinsame Ursache einer Raumbeengung im uterinen Leben erklärt werden dürften. Diese Raumbeengung muß aber unabhängig von der Mutter zustande gekommen sein, da sie im Mannesstamm vererbt wurde. Sie hängt also nicht mit der Beschaffenheit des Uterus zusammen; dagegen wären z. B. enge Eihäute uud Fruchtwassermangel durch den Vater vererbbare raumbeschränkende Momente. Zur Erklärung, warum nun ge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rade die Knie, Ellbogen, Finger, der Brustkorb usw. im einzelnen Falle die Wirkung der Raumbeschränkung zeigen, würden besondere Eigentümlichkeiten der Körperhaltung des Embryo noch heranzuziehen sein. W. glaubt, daß in dieser Weise die 3 Fälle angeborener Kniescheibenverrenkung sich ungezwungener erklären lassen, als durch die Annahme, daß lauter einzelne verschiedene fehlerhafte Anlagen der Kniegelenke, der Ellbogen- und Fingergelenke, des Brustkorbes usw. vorgelegen haben. Grätzer.

M. Kretschmer, Beitrag zur Bekämpfung der Bazillenpersistenz bei Diphtherierekonvaleszenten. (Aus dem Rudolf Virchow-Krankenhause in Berlin.) (Medizin. Klinik. 1911. Nr. 3.) Durch Tonsillenausquetschung — mit dem Hartmannschen Tonsillenquetscher — gelang es überraschend schnell die Diphtheriebazillen zu eliminieren. K. empfiehlt, dieses Verfahren erst ca. 3 Wochen nach Beginn der Krankheit anzuwenden und — je nach dem Ausfall der sofort sich anschließenden Abstrichkultur — in Abständen von mehreren Tagen zu wiederholen, bis die Kultur negativ ausfällt. Grätzer.

J. v. Bókay (Budapest), Beiträge zur Kenntnis der Serumkrankheit. (Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 1.) Die ersten Zeichen der Serumkrankheit pflegen nach 8—10 Tagen einzutreten. Nun gibt es aber bekanntlich eine „beschleunigte" bzw. „sofortige" Reaktion, und diese, die man darauf zurückführt, daß dem betreffenden Organismus schon früher einmal Serum injiziert wurde, wird als „Anaphylaxie" bezeichnet.

Daß aber eine solche beschleunigte Reaktion auch ohne Anaphylaxie eintreten kann nach ersten Impfungen, ist nach v. B.s Erfahrungen gar nicht selten. Daß ohne Anaphylaxie sogar sofortige Reaktion eintreten kann, zeigen 2 Fälle des Verf.s, deren Krankengeschichten er berichtet.

In den beiden Fällen wurden also zwei aus verschiedenen Familien stammende, an Diphtherie leidende Kinder in derselben Stunde mit etwa 10 ccm Pferdeserum von gleicher Provenienz und, dem Datum der Signatur nach, von der gleichen Füllung und demselben Tiere stammend, geimpft, und einige Minuten nach der Injektion erschienen bereits die typischen Symptome der Serumkrankheit, unter denen besonders die intensive und ziemlich ausgedehnte Urtikaria prävalierte.

Daß hier von Anaphylaxie gar nicht die Rede sein kann, geht daraus hervor, daß die Impfung bei beiden Kindern die erste Impfung mit Serum war, der sie überhaupt je unterzogen worden waren. Eine Idiosynkrasie als einfache Erklärung der sofortigen Reaktion anzunehmen, gestattet jener Umstand nicht, daß es einander fremde, nicht aus derselben Familie stammende Kinder waren, an denen das oben erwähnte eigentümliche Verhalten beobachtet wurde.

Um einen Überblick bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens der Serumkrankheit in seinem Material zu gewinnen, hat Verf. das Krankenmaterial der Diphtherieabteilung des Spitals von den Jahren

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1908 und 1909 zusammengestellt und hat daraus ersehen, daß man im Jahre 1908 in 10% der Fälle Serumexanthem beobachtete, d. h. von 183 mit Serum behandelten Diphtheriekranken bekamen im ganzen 19 einen Ausschlag, was beiläufig dem gewöhnlichen Durchschnitte entspricht, daß aber im Jahre 1909, als in jenem Jahre, in welches auch die beiden oben skizzierten Fälle gehören, trotzdem Verf. in der Art der Behandlung nichts änderte, das Serumexanthem ungewöhnlich oft auftrat, so daß von 184 mit Serum behandelten Diphtheriekranken 43 von Exanthem befallen wurden, d. h. also 23%. Im Monat Januar speziell, als Verf. unsere beiden obengenannten Patienten impfte, beobachtete er in 11 Fällen von 23 die Entwicklung von Serumexanthem, was also 50% entsprechen würde. Verf. erwähnt, daß in allen diesen Fällen das Serumexanthem ziemlich anhaltend und genügend intensiv war, daß aber beim größten Teile dieser Fälle die Inkubationsdauer derjenigen der normalen Reaktion vollständig entsprach (8—10 Tage). Ferner will Verf. noch bemerken, daß alles Serum, das er in diesem Monate zur Behandlung seiner Fälle verwandte, mit dem gleichen Füllungsdatum versehen war, und daß der Impfstoff, wie es sich durch die bereitwilligst erteilte Auskunft des staatlichen Institutes für Serumproduktion herausstellte, von ein und demselben Pferde gewonnen worden war.

In Anbetracht dessen, daß das angewendete Serum am 1. November 1908 gefüllt worden war, daß es also bloß etwa 2 Monate lagerte, bevor es benutzt wurde, ist der Gedanke fast naheliegend, ob nicht vielleicht die verhältnismäßig kurze Lagerungszeit die Ursache dafür sei, daß sich die Serumkrankheit so sehr häufte und daß sich in den beiden Fällen eine so ungewöhnliche Art der Reaktion einstellte. Bujwid legt schon seit langem bei der Technik der Herstellung gerade in Anbetracht der Toxizität großes Gewicht darauf, daß das Serum einige Monate lagere, bevor es verwendet wird. Seinerseits kann Verf. wohl diesen Umstand als kausales Moment nicht vollständig ausschließen, hält es aber für wahrscheinlicher, daß die Erklärung dafür, daß er in dem fraglichen Zeitraume so auffallend oft und so intensives Exanthem sah und in 2 Fällen sogar beobachten konnte, wie die Inkubationszeit der Serumkrankheit sich auf ein Minimum reduzierte, in den individuellen Eigentümlichkeiten jenes Tieres zu suchen sei, von dem das angewandte Serum gewonnen wurde. Grätzer.

J. v. Bókay, Erfolgreiche Behandlung von Chorea minor mit Salvarsan. (Aus dem Stephanie-Kinderspital in Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 3.) Bei einem 8jährigen Mädchen verschwand nach subkutaner Injektion von 0,2 g neutraler Salvarsanemulsion eine intensive Chorea im Verlaufe von 4 Wochen. Grätzer.

Eckert, Über das akute Stadium der epidemischen Kinderlähmung, nebst Bekanntgabe eines Falles von Poliomyelitis fulminans. (Aus der Universitäts-Kinderklinik der kgl. Charité in Berlin.) (Ebenda.) Überblickt man den Symptomenkomplex

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der spinalen Kinderlähmung in ihrem akuten Stadium, so erkennt man als die dieser Krankheit charakteristischen Symptome neben den Lähmungen den typischen, in der Wirbelsäule lokalisierten Schmerz und profuse Schweiße. Daneben kamen häufiger Erscheinungen seitens des Verdauungstraktes, selten seitens des Respirationstraktes zur Beobachtung.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sah E. die reine spinale Form. Einmal zeigten sich rudimentäre, auf eine Beteiligung der Pons deutende Symptome in Gestalt einer rechtsseitigen Ptosis und Zungenlähmung. Bei einem zweiten Knaben fand sich neben schlaffer Lähmung der Schultern eine Lähmung des Nasen- und Mundastes des Fazialis ohne Änderung des elektrischen Verhaltens. Da es eine Eigentümlichkeit der poliomyelitischen Lähmung ist, sich bei zentralem Sitz später auf einzelne Muskelgruppen zu beschränken, so darf wohl auch hier eine pontine Erkrankung des Fazialiskerns angenommen werden.

Zweimal kam ein bemerkenswertes Vorwiegen meningitischer Symptome, einmal einschließlich Pulsirregularität zur Beobachtung.

Keinen der Fälle konnte man der polyneuritischen, enzephalitischen, ataktischen, abortiven Form Wickmanns zurechnen.

Todesfälle sah E. 3, also 15%. Dies entspricht etwa dem Durchschnitt der letzten Epidemien.

Das erste Kind, ein Säugling, erlag einer Atmungslähmung am achten Tage

Das zweite Kind von $2^1/_2$ Jahren starb am neunten Tage ebenfalls an Atmungslähmung. Die aufsteigende Extremitätenlähmung schien hier ihren Höhepunkt schon seit zwei Tagen überschritten zu haben. Da erfolgte ein plötzlicher Nachschub, Übergreifen auf die Atmungsmuskulatur und Tod in wenigen Stunden.

Der dritte Todesfall ist besonders bemerkenswert: Emilie F., 8 Jahre alt, erkrankte am 23. September mit Mattigkeit, Krämpfen, Zähneknirschen, Cri encephalic, Pupillenträgheit. Sofortige tiefe Benommenheit, Lähmung der Nacken- und Rückenmuskulatur, Arme und Beine dagegen leicht spastisch. Kernig positiv, Babinski positiv, Patellar- und Achillessehnenreflex gesteigert. Temp. 38,4, steigt bald auf 40, ja 41,3° an. Puls 126, leicht unregelmäßig, steigt bis 176 in der Minute. Atmung 26, steigt auf 60 in der Minute. Am nächsten Tage Erlöschen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, mehrfache Wiederholung der klonischen Krämpfe. In den folgenden Tagen Lähmung aller vier Extremitäten, der Rücken- und Nackenmuskulatur. Tod am achten Tage, ohne daß das Bewußtsein zurückgekehrt wäre, unter den Zeichen zunehmender Herzschwäche (Lungenödem). Bei der Sektion fand sich Hyperämie des Gehirns und der weichen Hirnhaut, pneumonische Herde, wandständige Thromben im Herzen.

Ein derartiger foudroyant verlaufender Fall ist wohl bisher noch nicht beschrieben. Heubner wählte hierfür die Bezeichnung Poliomyelitis fulminans. Die Erkrankung würde etwa die gleiche Stelle im Krankheitsbilde der Poliomyelitis einnehmen wie die Scarlatina gravissima oder fulminans in dem des Scharlachfiebers.

Für das therapeutische Handeln ist eine Tatsache der pathologischen Anatomie von Bedeutung. Es ist in einigen, nicht in allen Fällen ein Ödem der Pia und der Marksubstanz gefunden und daraufhin die Anschauung gegründet worden, daß der Schwund der Ganglienzellen zum Teil auf den Druck dieses Ödems zurückzuführen sei. Es rechtfertigt sich so gewiß ein Versuch mit der therapeutischen Anwendung der Lumbalpunktion, die ja imstande ist, den Flüssigkeitsgehalt des Lumbalsackes zu vermindern.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie wurde systematisch angewandt.

Es ist schwer, über die Erfolge gegenüber den Lähmungen zu berichten, jedenfalls konnte man in einem Falle von schlaffer Lähmung der Schultern mit starken Spasmen und erhöhten Reflexen an den Beinen diese letzteren Reizerscheinungen sowie den positiven Babinski durch die Punktion beseitigen. Daneben wandte E. im akuten Stadium der Poliomyelitis Einreibungen mit grauer Salbe an, gab heiße Bäder mit Nachschwitzen, um antiphlogistisch zu wirken. Ist der poliomyelitische Schmerz vorüber, dann tritt der elektrische Strom und vor allem die über lange Zeit fortgesetzte zweckentsprechende Massage, später Schienenhülsenverbände in ihr Recht.

Grätzer.

O. Ehrhardt (Königsberg), Primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion. (Ebenda.)

9 jähriges Mädchen, aus gesunder Familie stammend, ist angeblich stets gesund gewesen. Namentlich sind Drüsenschwellungen oder Lungenerscheinungen nie beobachtet. Vor 3 Monaten wurde der Patientin von einem Zahnheilkundigen ein Prämolarzahn wegen Karies extrahiert. Die Extraktionswunde heilte nicht zu, so daß nach einigen Tagen der Hausarzt konsultiert wurde, der desinfizierende Mundwässer empfahl. Trotzdem trat eine Verdickung des Alveolarfortsatzes entsprechend der Extraktionswunde ein. Als schließlich eine große, auf Druck wenig empfindliche Drüse in der Submaxillargegend und einige kleinere Drüsen auf der entsprechenden Halsseite nachweisbar wurden, überwies der Hausarzt das Kind E. zur Diagnose und Behandlung. Die Mutter ist geneigt, eine Verunreinigung der Extraktionswunde durch unsaubere Instrumente anzunehmen, da der betreffende Operateur seine Zahnzangen nicht sterilisiert.

Die Untersuchung ergibt bei dem auffallend kräftigen, gesund aussehenden Kinde keine Erkrankung der inneren Organe, insbesondere ist der Lungenbefund völlig normal. Drüsenschwellungen sind außer an der rechten Halsseite nirgends nachweisbar. In der rechten Submaxillargegend wölbt sich eine walnußgroße, derbe Drüse hervor, die leicht druckempfindlich ist. In ihrer Umgebung sind weitere kleine Drüsen fühlbar. Die rechte Unterkieferhälfte ist in der Gegend der Prämolarzähne verdickt, diese Verdickung betrifft vorwiegend den Alveolarfortsatz, setzt sich jedoch auch auf den Unterkiefer selbst fort.

Beim Öffnen des Mundes sieht man den zweiten Prämolarzahn umgeben von einem etwa 2 mm breiten Granulationssaum. An diese Granulationen, die aus der Alveole herauszuwuchern scheinen, schließt sich die Schleimhaut mit stark injiziertem Rande an. In die Schleimhaut sind auf beiden Seiten des Alveolarfortsatzes in etwa 2 cm weitem Umkreise eine Reihe graugelblicher Knötchen eingelagert, die besonders deutlich hervortreten, wenn man die Schleimhaut strafft und anämisiert. Der Alveolarfortsatz ist auf den doppelten Durchmesser verdickt.

Nach diesem makroskopischen Befunde war die Diagnose sehr leicht: Es handelte sich um eine primäre Tuberkulose des Alveolarfortsatzes und der Mundschleimhaut mit sekundärer tuberkulöser Erkrankung der regionären Lymphdrüsen. Die Schleimhauterkrankung zeigte den Typus der als „Schleimhautlupus" bekannten Fälle.

Mit der Diagnose war der Therapie ein einfacher Weg gewiesen: Es galt, alle Lokalisationen der Tuberkulose durch einen chirurgischen Eingriff zu beseitigen. In Narkose wurden zunächst die Drüsen in der Submaxillargegend ausgeräumt, die größte war bereits verkäst. Dann wurde die Schleimhaut, soweit sie erkrankt war, exzidiert, der zweite Prämolaris extrahiert und der Alveolarfortsatz, soweit er nicht schon durch die tuberkulösen Granulationen rarefiziert war, mit der Hohlmeißelzange reseziert. Die Resektion mußte bis in den Unterkieferast fortgesetzt werden.

Die Heilung erfolgte ungestört in 3 Wochen. Eine Nachuntersuchung nach einem Jahre zeigte völlig normale Verhältnisse an den Narben und keine weiteren Lokalisationen der Tuberkulose. Patientin ist als gesund zu betrachten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Anamnese und Befund kann wohl nicht bezweifelt werden, daß die Infektion der Zahnextraktionswunde in diesem Falle von außen her erfolgt ist. Es waren zur Zeit der Operation keinerlei tuberkulöse Veränderungen an Lungen, Halsdrüsen (außer den submaxillaren der erkrankten Seite) oder Tonsillen nachweisbar, und auch bei der Nachuntersuchung waren solche nicht manifest geworden. Die Lokalisation an Zahnfleisch und Alveolarfortsatz bildete den einzigen tuberkulösen Herd.

Schwieriger zu entscheiden ist die Frage, ob die Infektion durch die Zange, durch die Finger des Operateurs oder etwa von Tuberkelbazillen, die in dem kariösen Milchzahn vegetierten, aus erfolgt ist. Bekanntlich sind durch v. Starck, Hauszel und Jaruntowski Tuberkelbazillen in kariösen Zähnen nachgewiesen worden, und es ist von einzelnen Autoren der Versuch gemacht worden, die Zahnkaries für die Ätiologie der tuberkulösen Halslymphdrüsen überhaupt anzuschuldigen. Dieser Auffassung steht die Anschauung von Hanau, Krückmann und anderen entgegen, die nach ihren Sektionsbefunden die Tonsillen als Eingangspforten der Halsdrüsentuberkulose betrachten. Für diese letztere Anschauung spricht gewiß auch die statistische Tatsache, daß mit Vorliebe die zu den Tonsillen gehörigen Drüsen am Kieferwinkel und Vorderrande des Kopfnickers erkranken.

E. hat in 20 Fällen die kariösen Zähne bei Kindern mit Tuberkulose der Halslymphdrüsen auf das Vorhandensein von Tuberkelbazillen untersucht. Nur in einem Falle gelang es, säurefeste Bazillen in einer Zahnhöhle nachzuweisen. Diese Bazillen waren wesentlich dicker als die Kochschen Bazillen; es handelte sich wohl um die bekannten Petrischen Milchbazillen. Leider gelang die intraperitoneale Impfung beim Meerschweinchen nicht. Immerhin glaubt E., daß es der Mühe wert wäre, die v. Starckschen Befunde an der Hand unserer erweiterten Kenntnisse über säurefeste Bazillen nachzuprüfen. Solange diese Nachprüfung aussteht, wird ein gewisser Zweifel gegenüber der Infektion von kariösen Zähnen aus immer noch erlaubt bleiben, und dieser Zweifel ist um so berechtigter, als gerade der Tuberkelbazillus dem Mundspeichel gegenüber wenig resistent zu sein scheint.

E. hält in seinem Falle eine Übertragung durch die Zahnzange aus äußeren Gründen für wahrscheinlich. Daß die Übertragung bei der Extraktion selbst erfolgte, wird durch die ausgedehnte Miterkrankung des Alveolarfortsatzes bewiesen. Bei der normalen, schnell verheilenden Zahnextraktionswunde kann eine etwaige Infektion durch bakterienhaltige Milch, wie sie seinerzeit von Westenhoeffer für die Ätiologie der Halsdrüsentuberkulose angenommen wurde, wohl kaum zu schweren Knochenveränderungen führen; nur wenn die Bazillen wirklich in die Tiefe eingeimpft werden, scheint eine so ausgedehnte Knochenerkrankung möglich.

In jedem Falle aber kann die mitgeteilte Erfahrung als eine Mahnung zu sorgfältiger Desinfektion aller zahnärztlichen Instrumente gelten. Es ist uns Ärzten ja bekannt, wie sehr in dieser Beziehung besonders von Pfuschern auf dem Gebiet der Zahnheilkunde gesündigt wird.

Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

J. Peiser, Zur Kenntnis der Behandlung kongenitaler Syphilis beim Säugling durch Injektion von Ehrlich-Hata 606 bei der stillenden Mutter. (Aus der Berliner Säuglingsklinik.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1911. Nr. 1.) Es handelt sich um zwei Säuglinge mit Lues congenita, welche verschieden schwer affiziert waren. Das eine Kind hatte vorwiegend eine viszerale Lues, welche bereits bei der Geburt manifest war, offenbar persistierende fötale Lues; bei dem anderen traten die syphilitischen Erscheinungen erst nach einer gewissen Latenzperiode auf und beschränkten sich im wesentlichen auf Haut und Schleimhaut. Der Allgemeinzustand war bei dem ersten Säugling nicht gut, bei dem zweiten befriedigend; es bestand zunächst keine Sekundärinfektion; die Prognose erschien im ersten Falle dubia ad malam, im zweiten bona. Der Erfolg der Behandlung war in beiden Fällen negativ. Bei beiden Kindern ließ sich der letale Ausgang nicht verhüten. Wohl erfolgte der Tod als Folge von Sekundärinfektion, nicht als primäre Wirkung der angeborenen Syphilis. Doch das ist bei letalem Ausgang kongenital syphilitischer Säuglinge die Regel. Bei gutem Erfolge antisyphilitischer Behandlung kommt es in der Regel nicht zu Sekundärinfektion, namentlich nicht bei Säuglingen, die an der Mutterbrust ernährt werden.

Wenn auch der erste Fall als schwere viszerale Lues für die Beurteilung der neuen Heilmethode nur in bedingtem Maße verwertet werden kann, so kann man leider nicht umhin, den zweiten Fall als einen „Versager" zu bezeichnen. Wohl hatte es bei beiden Fällen den Anschein, als gingen nach der Injektion die syphilitischen Erscheinungen zunächst zurück; allein bald traten sie wieder stärker hervor und öffneten der Sekundärinfektion die Pforte. Bei dem ersten Kinde entwickelte sich trotz sorgsamster Pflege von der Haut aus eine Phlegmone und Pyämie mit metastatischen Herden, bei dem zweiten führte die Entzündung der obersten Luftwege absteigend zur Bronchopneumonie.

Einen unmittelbaren Schaden hat die Injektion weder Mutter noch Kind gebracht, nur leider den Kindern auch keinen Nutzen. Daß in der Muttermilch kein Arsen gefunden wurde, stimmt mit den Angaben in der Literatur überein; nur in dem Falle von Scholtz wurden in der Muttermilch Spuren von Arsen nachgewiesen. Bei der Mutter des ersten Säuglings war die Wassermannsche Reaktion, als bald nach dem Tode des Kindes darauf geprüft wurde, negativ; die Injektion hatte demnach bei der Mutter selbst zunächst volle Wirkung entfaltet. Bei der Mutter des zweiten Säuglings konnte leider — wegen Fortbleibens — der Ausfall der Wassermannschen Reaktion nicht zum zweiten Male geprüft werden.

Wenn der Verlauf beider Fälle auch die Erwartungen nicht erfüllt hat, so erscheint ihre Mitteilung doch notwendig, weil es sich um zwei klinisch genau kontrollierte Beobachtungen handelt. Man kann aus ihnen nur den Schluß ziehen, bei der Behandlung der kongenitalen Syphilis des Säuglings auf die Methode der Injektion von „Ehrlich-Hata 606" bei der stillenden Mutter sich nicht ausschließlich zu verlassen. **Grätzer.**

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

St. Engel und **L. Turnau**, Über eine Reaktion des Urins von Brustkindern. (Aus der Akadem. Klinik f. Kinderheilkunde in Düsseldorf.) (Ebenda.) Zur Unterscheidung der Urine von Brust- und Flaschenkindern kann man sich des folgenden Verfahrens bedienen:

Zu etwa 5 ccm Urin werden ohne Ansäuern 15—20 Tropfen (ca. 1 ccm) einer 2%igen Silbernitratlösung hinzugefügt. Man läßt nun ca. 10 Minuten ruhig stehen. Tritt eine schnelle Schwarzfärbung des Niederschlages ein, so hat man es mit einem sicheren Brustkindurin zu tun. Will man sich noch schneller orientieren, so koche man nach Zusatz des Reagens auf. Bleibt der Niederschlag weiß oder nur schwach gefärbt, so stammt der Urin sicher von keinem Brustkind. Wird die Verfärbung einigermaßen intensiv, so muß man das Ganze, um zu einer Entscheidung zu kommen, bei Zimmertemperatur wiederholen. Grätzer.

C. Kayser, Uber Nachkrankheiten und wiederholte Erkrankungen bei Diphtherie. (Aus der Medizin. Poliklinik Straßburg.) (Münchner med. Wochenschrift. 1910. Nr. 49.) Außer einigen Fällen von wiederholten Erkrankungen an Diphtherie berichtet K. über 3 Fälle postdiphtherischer Lähmungen bei Kindern ein- und derselben Familie. Deren Vater war Gastwirt, die Kinder von frühester Jugend an Alkoholismus gewöhnt. Daß der Alkohol beim Zustandekommen dieser Nachkrankheit eine Rolle gespielt hat, hält K. für sicher. Sehen wir doch auch bei anderen Krankheitszuständen besonders häufig Neuritiden auftreten, wenn gleichzeitig zwei Schädlichkeiten das Nervensystem treffen (Alkohol mit Tuberkulose, Alkohol mit Diabetes usw.). Endlich gibt K. die Krankheitsgeschichte eines 13jährigen Mädchens, das mehrfach eine diphtherische Rachenaffektion durchmachte, dabei mehrfach von Akkommodationslähmung befallen wurde und choreiforme Bewegungen bekam; hier war der Vater Weinhändler, das Kind hatte ebenfalls Gelegenheit zum Alkoholgenuß erhalten. Grätzer.

J. Braumüller, Über toxische Zuckerwirkung nach Eiweißmilchernährung. (Aus dem Frhr. v. Oppenheimschen Kinderspital zu Köln.) (Ebenda.) Finkelsteins Eiweißmilch hat sich in 5 Fällen bei ernährungskranken Kindern gut bewährt, doch trat eine Gefahr zutage, die darin besteht, daß bei Zusatz von Zucker eine große Empfindlichkeit gegen diesen sich zeigte, so daß bei geringster, auch nur vorübergehender Überschreitung der grade noch assimilierbaren Zuckermenge schwerste Schädigung der Kinder auftrat, Zugabe von 3 mal 2 g Nährzucker genügte, einen langsamen, aber unaufhaltsamen Verfall einzuleiten, ohne daß vorher irgendein Anzeichen gewarnt hatte.

Der Vorgang ließe sich vielleicht zum Teil so erklären, daß das in seiner Assimilationskraft sehr geschwächte Kind nur eine bestimmte Summe von Fermenten produzieren kann, und daß eben diese Produktionsfähigkeit bei der einseitigen Ernährung von der großen Menge Kasein + Fett in Anspruch genommen wird, so daß dem Organismus nur wenig Kräfte zum Produzieren von anderen Fermenten übrig

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

blieben, die zur Verarbeitung des besonders gefährlichen Zuckers nötig sind. — Vielleicht aber übt auch hier das Fett „eine Schädigung auf die Zucker assimilierenden Funktionen aus", wenn wir einer Erklärung Finkelsteins folgen! Sicherlich aber bewirkt der plötzliche Fortfall des Zuckers ein Erlöschen der betreffenden Fermentsekretion, wie uns das ja durch die Pawlowschen Untersuchungen schon bekannt ist.

Entsprechend jenen klinischen Erfahrungen behandelte B. 9 poliklinische Fälle mit EM. unter ängstlicher Vermeidung von Zuckerzusatz und ließ sehr bald Grieß dazu setzen! Der Erfolg war ein guter!

Die übliche Verordnung empfiehlt, nach Erreichung von 200 g EM. pro Kilo Zucker zuzusetzen.

B. möchte aber raten, mit der Zugabe von Zucker auch dann noch bei vorher dekomponierten Kindern möglichst lange zu zögern, hingegen schon sehr bald, eventuell schon in den allerersten Tagen der EM.-Ernährung Grieß langsam steigend zuzusetzen.

Die erste Zuckerzugabe und jede weitere Erhöhung derselben muß unter sorgfältigster, stündlicher Beobachtung besonders des Gesichtsausdrucks und der Stimmung des Kindes kontrolliert werden; die leiseste Veränderung darin verlangt Aussetzen des Zuckers und eventuell Entleerung des Darmes durch ein Laxans.

Zum Schluß möchte B. auf Grund fortgesetzter Versuche am Kinderhospital noch betonen, daß, wenn auch für schwer geschädigte Fälle in dem Fehlen des Kohlehydrates der reinen EM. eine gewisse Gefahr besteht, er doch auf Grund günstigster Erfahrung in anderen Fällen die Eiweißmilch als energisch gärungswidriges und dadurch wirksames Narungsmittel bzw. Heilmittel für verdauungskranke Säuglinge bezeichnen kann. Grätzer.

P. H. Römer und **K. Joseph,** Noch einige Experimente zur Poliomyelitisfrage. (Aus dem Institut für Hygiene und experimentelle Therapie zu Marburg.) (Münchner med. Wochenschrift. 1910. Nr. 51.) Verff. haben sich — im Gegensatz zu Krause und Meinicke — von der Geeignetheit des Kaninchens für die Poliomyelitisforschung überzeugen können.

Da in vier Einzelversuchen sich die mit Serum-Virusmischungen vorbehandelten Affen gegen eine Nachinfektion immun erwiesen, welche die Kontrollaffen jedesmal prompt tötete, so glauben Verff., daß in dieser Beobachtung keine Zufälligkeit mehr liegt, sondern daß wenigstens durch intrazerebrale Injektion von Serum-Virusmischungen nicht unbeträchtliche Immunität erzeugt wird. Die negativen Resultate von Flexner und Lewis beruhen vielleicht darauf, daß sie die Vorbehandlung der Tiere subkutan ausführten.

Auf Grund ihrer Versuche erscheint den Verff. auf 55° erwärmtes Virus ungeeignet zur Schutzimpfung, weil es keine nachweisbare, sicherlich keine beträchtliche Immunität erzeugt. Im Prinzip geeignet, aber im Sinne der Ansprüche an die Unschädlichkeit unbrauchbar, erwies sich auch auf 45° erwärmtes Virus, weil es bei intrazerebraler

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Infektion sich noch virulent erwies. Den Ansprüchen der Unschädlichkeit sowohl als der Wirksamkeit scheint das 50°-Virus am besten zu entsprechen. Grätzer.

W. Schulze, Über die Verwertbarkeit der subkutanen Thoraxlymphdrüsen für die Diagnose der Lungentuberkulose. (Aus der Krankenanstalt Sudenburg zu Magdeburg.) (Ebenda.) Verf. teilt eine Beobachtung bei einem 7jährigen Kinde mit.

Der Fall zeigt, daß der Befund einer vergrößerten Lymphdrüse im 4. oder 5. Interkostalraum nicht beweisend für das Vorhandensein einer tuberkulösen Veränderung der gleichseitigen Lunge ist, sondern daß auch akut entzündliche Prozesse in der Lunge dazu führen können. Es ist daher bei jeder mit Vergrößerung einer Thoraxlymphdrüse einhergehenden Lungenerkrankung, bei der aus den physikalischen Symptomen keine sichere Diagnose gestellt werden kann, nötig, durch mikroskopische Untersuchung oder den Impfversuch festzustellen, ob die Lymphdrüse tuberkulös verändert ist. Erst wenn dies der Fall ist, kann die Diagnose auf Lungentuberkulose gestellt werden.

Grätzer.

Kirchheim, Über Wirkung und Dosierung des Adrenalins bei subkutaner Injektion. (Aus der Akademie f. prakt. Medizin in Köln.) (Ebenda.) Bei Kollapszuständen während des Verlaufs von Infektionskrankheiten (Pneumonie, Skarlatina, Diphtherie usw.) hat sich Adrenalin sehr bewährt. Benutzt — ohne Unterschied der Wirkung — wurde das synthetische Suprarenin (Höchster Farbwerke) und das Takamine-Adrenalin (Parke, Davis & Co.) in Lösung von 1:1000. Die Einzeldosis betrug $^1/_2$—1 mg (bei allerschwersten Kollapsen selbst 2—3 mg), die 1—2stündlich, eventuell Tage hindurch injiziert wurden. Welche Mengen man unter Umständen anwenden kann, zeigen z. B. folgende Krankengeschichten:

O. Theodor, 6 Jahre, Scharlach. Einlieferung am 3. Krankheitstag. Somnolenz, stark beschleunigter, weicher, kleiner Puls. Kampfer + Koffein. 4. Tag: Puls anhaltend schlecht, Benommenheit, Jaktationen.

5. Tag: Früh morgens Kollaps. Puls kaum fühlbar, Kind anscheinend moribund, starke zerebrale und meningeale Erscheinungen, stündlich 1 mg Adrenalin = 24 mg pro Tag. Puls besser.

6. Tag: Bedrohliche Herzschwäche, noch starke zerebrale und meningeale Erscheinungen, tiefes Koma, deshalb $^1/_2$—1 stündlich 1 mg Adrenalin = 32 mg Adrenalin pro Tag. Hebung des Pulses.

7. Tag: Puls wesentlich besser, deshalb 2stündlich 1 mg Adrenalin = 12 mg Adrenalin pro Tag. Koma nicht mehr so tief.

8. Tag: Sensorium klar, Puls wesentlich besser. Bei Aussetzen des Adrenalins aber sofort Nachlassen der Herzkraft. 2stündlich $^1/_2$ mg Adrenalin = 6 mg Adrenalin pro Tag. Beginnende Nahrungsaufnahme.

9. Tag: Befinden gut. Nur noch einige Adrenalingaben.

10. Tag: Adrenalin wird fortgelassen.

Weiterer Krankheitsverlauf: Vollständig komplikationslos, geheilt entlassen.

Sch., Luise, 9 Jahre. Scharlach. Kollaps, tiefe Benommenheit.

3. und 4. Tag: 2stündlich 1 mg Adrenalin = täglich 12 mg Adrenalin.

5. Tag: Stündlich 1 mg Adrenalin = 24 mg Adrenalin.

6. Tag: 4stündlich 1 mg Adrenalin = 6 mg Adrenalin pro Tag.

7. und 8. Tag: 3stündlich $^1/_2$ mg = 4 mg Adrenalin pro Tag.

9. Tag: Fieberabfall, noch einige Gaben Adrenalin. Von da ab Adrenalin fortgelassen. Ohne Komplikationen geheilt.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einzelnen Fällen wurden bis zu 60—80, ja 100 mg im Laufe der Krankheit injiziert. Daß man mit einzelnen frühzeitigen Injektionen auch prophylaktische Wirkungen erzielen kann, zeigten mehrfache Beobachtungen. Grätzer.

Riedel (Jena), Die Behandlung der mit Wolfsrachen komplizierten einseitigen Hasenscharten. (Münch. med. Wochenschrift. 1911. Nr. 1.) Angabe eines neuen Verfahrens, mit dem R. schöne kosmetische Resultate erzielt hat. Grätzer.

A. Rupp, Fall von persistierendem Ductus omphaloentericus. (Aus dem Chemnitzer Stadtkrankenhaus.) (Münch. med. Wochenschrift. 1911. Nr. 2.) Wie aus der Operation hervorging, war das zerebrale Ende des Dottergangs offen geblieben, es war das Meckelsche Divertikel entstanden; durch einen ganz kurzen bindegewebigen Strang, der dem hier obliterierten Dottergang entspricht, war die ampullenartig erweiterte, ca. kleinhaselnußgroße Dottergangsfistel mit ihm verbunden, die sich als feiner Kanal bis in den Nabel hinein fortsetzte, woselbst sie als stecknadelkopfgroßer Granulationspfropf erschien; beim Sondieren kam man durch den Fistelkanal in die kleine Zyste. Grätzer.

H. Zoepffel, Über die anatomischen Verhältnisse des Darmes beim echten Megakolon gegenüber dem Pseudomegakolon. (Virchows Archiv. Bd. 198. S. 119.) Verf. schließt sich der Einteilung der Fälle in: 1. eigentliches Megakolon (Megacolon congen. iodiopath.) und 2. Pseudomegakolon an. Für die erste Gruppe ist charakteristisch, daß sich am Darm keinerlei mechanische Hindernisse finden, die die Dilatation und Hypertrophie des Darmes erklären könnten. 13 Fälle aus der Literatur, die kurz aufgeführt werden, betrachtet er als hierher gehörig. In der zweiten Gruppe, Pseudomegakolon, sind Hypertrophie und Dilatation des Darmes sekundär hervorgerufen durch abnorme Länge und Schlingenbildung des Dickdarmes. Für jede von beiden Gruppen bringt Verf. einen neuen Fall. Der erste erkrankte im Alter von 5 Monaten an chronischer Obstipation und Auftreibung des Leibes und erlag einer Paratyphusinfektion. Die Sektion ergab angeborene Dilatation und Hypertrophie des Darmes ohne mechanisches Hindernis. Im zweiten Falle war angeborene Länge des S Romanum und des Mesosigmoideum, die schließlich zur Achsendrehung führte, die Ursache des Megakolons. Nach Resektion der Schlinge trat Heilung ein. Bauer (Jena).

Meusburger, Ein Fall von Duodenumatresie in Kombination mit Defekt des mittleren Ösophagus und des untersten Rektum, sowie mehrfachen anderen Mißbildungen. (Virchows Archiv. Bd. 199. S. 401.) Es handelt sich um ein ausgetragenes Kind, das 10 Minuten nach der Geburt starb. An der Beschreibung interessiert, abgesehen von den makroskopischen Befunden, vor allem die genaue Beschreibung des mikroskopischen Befundes an der artretischen Stelle des Duodenums und den Gallengängen. Aus der Einheitlichkeit der äußersten Wandschichten der beiden an der Atresiestelle aneinanderstoßenden Duodenumstelle konnte

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verf. schließen, daß der Zeitpunkt des Zustandekommens dieser Bildungsanomalie im Duodenumteile ein sehr früher war.

Bauer (Jena).

Raecke, Jugendfürsorge im Staate New York. (Arch. f. Psychiatrie. 1910. Bd. XLVII. Heft 3.) Verf. beschreibt des genaueren die Fürsorgeeinrichtungen im Staate New York und zeigt, mit welch bewundernswertem Eifer und Opferfreudigkeit in Amerika Behörden und Private die Frage der Fürsorge für verwahrloste und kriminelle Kinder in Angriff genommen haben. Hierbei kommt es vor allem darauf an, durch rechtzeitiges Eingreifen der Entstehung kindlicher Kriminalität vorzubeugen. Die wesentlichste Waffe, die sich die amerikanische Gesellschaft in diesem Kampfe gegen die Verwahrlosung der Jugend geschaffen hat, ist das auch für Deutschland vorbildlich gewordene Kindergericht (children's court). Vor allem erscheint dem Verf. wertvoll die drüben angestrebte individuelle Behandlung durch Bildung kleiner familienartiger Gruppen und Schaffung verschiedenartiger Abteilungen, dann die Richtung der Erziehung auf das streng Praktische ohne übermäßige Hervorkehrung des religiösen Moments und endlich die Gewährleistung eines ständigen ärztlichen Einflusses.

Kurt Mendel (Berlin).

I. Wickman, Über akute Poliomyelitis und Polyneuritis. (Zeitschrift. f. d. gesamte Neur. und Psych. 1910. Bd. IV. Heft 1.) $3^1/_2$ jähriger Knabe wird von einer Schlange gebissen, 10 Tage darauf Angina, 1 Tag später Schmerzen in den Beinen, diese wurden allmählich unbeweglich, die Lähmung breitete sich innerhalb einiger Tage auf die Arme und den Rumpf aus. Incontinentia urinae, Stuhlverhaltung. Nervenstämme druckempfindlich, starke Schmerzen bei passiven Bewegungen der Glieder, Sensibilität intakt. Völlige Lähmung der unteren Extremitäten und der Rumpfmuskulatur mit Areflexie. Elektrische Reaktion erloschen. Starke Atrophie. Anfangs wurde die Diagnose auf Polyneuritis toxica (nach Schlangenbiß) gestellt, doch zeigte der Verlauf — ein Jahr nach dem Erkranken noch Lähmungen in ausgedehnten Gebieten und für Poliomyelitis charakteristische Verteilung der Lähmungen an den Armen —, daß es sich vielmehr um eine Poliomyelitis handelt; die Empfindlichkeit des Körpers und die Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme spricht nicht gegen die Diagnose: akute Poliomyelitis. Den Schlangenbiß bringt Verf. nicht in ursächlichen Zusammenhang mit dem Auftreten des Leidens; es handelt sich vielmehr um ein ganz zufälliges Zusammentreffen. Verf. hält es auch auf Grund des vorliegenden Falles für angebracht, eine polyneuritische Form der Heine-Medinschen Krankheit aufzustellen und klinisch eine neuritische oder besser eine neuritisähnliche Form der Krankheit zu unterscheiden. Diese Form stimmt vollständig mit dem Krankheitsbilde überein, das zurzeit als akute idiopathische, infektiöse Neuritis aufgefaßt wird. Allerdings ist sie nicht anatomisch erwiesen; es können die neuritisähnlichen Symptome sehr wohl ausschließlich durch die Rückenmarksveränderungen erklärt werden, wenngleich eine anatomische Neuritis nicht sicher auszuschließen ist. Vielleicht handelt es sich aber in diesen Fällen um eine Kombination von Poliomyelitis und Polyneuritis.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei verschiedenen Poliomyelitisepidemien sind Fälle mit dem erwähnten Typus beobachtet worden. Kurt Mendel (Berlin).

K. Hartmann, Fraktur des kindlichen Schädels bei spontaner Geburt. (Aus der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt zu Köln-Lindenthal.) (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. Jahrg. 1911. Heft 1.) Bei einem schwer, aber spontan geborenen Kinde einer V. para fand sich auf dem linken Stirnbeine eine wie vom Daumen eingedrückte Druckmarke, wie sie durch das Promontorium hervorgerufen wird. Hier befand sich eine sternförmige Fraktur des Knochens. Am Hinterhaupt verlief eine 3 cm lange, 2 cm breite Druckmarke von 1 cm oberhalb der Haargrenze in Längsrichtung bis in die Mitte des Nackens. Nach Abtrennung der Kopfhaut zeigte sich die rechte Pars condyloidea unter die Hinterhauptschuppe geschoben, die Naht war offen, aus der Tiefe quoll Blut.

Der Tod des intra partum gestorbenen Kindes war durch Druck der abgesprengten Pars condyloidea auf die Medulla oblongata eingetreten.

Ursache der Verletzungen sind: enge Becken, fehlerhafte Einstellung des Kopfes und starke Wehentätigkeit. Die gerichtsärztlich wichtige Entscheidung, ob im Einzelfalle solche Verletzungen spontan oder durch äußere Gewalt entstanden sind, kann nur durch eine genaue objektive Untersuchung des kindlichen Schädels, des mütterlichen Beckens und Beobachtung aller Nebenumstände gefällt werden. Reste ähnlicher Verletzungen an den Schädeln älterer Geschwister im Verein mit Beckenanomalien bei der Mutter können die Diagnose unter Umständen bedeutend erleichtern. Nothmann (Wilmersdorf).

Raysky (Tomsk), Experimenteller Beitrag zur Chloroformwirkung auf Mutter und Fötus. (Aus der Universitäts-Unterrichtsanstalt f. Staatsarzneikunde in Berlin.) (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. Jahrg. 1911. Heft 1.) In der Literatur sind die Angaben über die Schädigungen der verschiedenen Organe durch Chloroform an Mensch und Tier sich widersprechend. Sichergestellt ist nur, daß solche Schädigungen existieren. Über die Schwere und die quantitative Verteilung auf die einzelnen Organe ist aber eine Einigung noch nicht erzielt worden.

Verf. hat sich nun die Aufgabe gestellt, die Veränderungen zu studieren, welche ein- oder mehrmalige Chloroforminhalationen an den Organen trächtiger Kaninchen und ihrer Föten hervorrufen. Es werden 5 trächtige Kaninchen zu den Versuchen herangezogen. 2 davon starben während oder kurz nach der ersten Narkose, 2 weitere während oder nach nochmaligen Versuchen. Das fünfte aber blieb am Leben und brachte nach der Chloroformierung Junge zur Welt, die gesund blieben. Diese Jungen und die Alte wurden später zur Vornahme der anatomischen Untersuchung getötet. Als Kontrolle dient ein trächtiges Kaninchen, das ohne Narkose getötet und in der gleichen Weise wie die Versuchstiere grobanatomisch und histologisch untersucht wurde.

Im Herzen der Muttertiere fanden sich im allgemeinen nur geringe Veränderungen, parenchymatöse und fettige Degeneration. Die

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herzen der Leibesfrüchte zeigten qualitativ die gleichen, aber noch geringfügigere Veränderungen. Die Veränderungen der Leibesfrüchte stehen bezüglich der Stärke gewöhnlich in direkter Beziehung zu den Herzveränderungen bei der Mutter, sind aber stets viel schwächer. Die Schwere der Veränderungen bei Mutter und Fötus wächst mit der Dauer der Narkose.

In den Nieren sind die Veränderungen bei Mutter und Frucht ebenfalls gleichartig und bestehen in Hyperämie, vornehmlich der Marksubstanz, parenchymatöser und fettiger Degeneration, Nekrobiose mit nachfolgender und Absonderung des Epithels und Ausfüllung des Lumen der Kanälchen mit Zylindern. Die Veränderungen sind intensiver als am Herzen. In einem Falle, an dem der Tod des Muttertieres 4 Tage nach der ersten Narkose erfolgte, zeigten sich beim Muttertiere neben der Degeneration und Nekrose auch regenerative Prozesse.

Die Leber reagiert bei Mutter und Frucht am meisten auf die Chloroformnarkose, und zwar mit Fettinfiltration und Degeneration in den Leberzellen, parenchymatöser Degeneration und Nekrobiose. Die Veränderungen bei der Leibesfrucht sind stets schwächer als beim Muttertier. Eine Beziehung der Schwere der Veränderungen zur Dauer der Narkose besteht nicht.

Von den Untersuchungen anderer Organe seien nur noch die des verlängerten Markes erwähnt. Bei den Muttertieren traten starke Veränderungen der Ganglienzellen des verlängerten Markes auf, die wohl als Ursache des häufigen Todes dieser Tiere während der Narkose anzusprechen sind. Bei den Jungen haben die Veränderungen eine viel geringere Intensität.

Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß bei Tieren, die während der Narkose starben, am stärksten die Veränderungen des verlängerten Markes sind, bei solchen, die den Versuch um kürzere oder längere Zeit überleben, die Veränderungen der Leber die größte Ausdehnung gewinnen. Die Intensität der Veränderungen am Muttertier sind stets größer als bei der Frucht, und in Art und Ausdehnung gleichzusetzen den Veränderungen nichtträchtiger Tiere.

Obgleich also — wenn es überhaupt gestattet ist, Ergebnisse von Tierversuchen auf den Menschen zu übertragen — die Schädigungen der Frucht kleiner sind als die der Mutter, wollte ich durch ein ausführlicheres Referat dieser Ergebnisse doch gerade auch das Interesse für die Rechte des Kindes wecken, wenn es sich um den Vorschlag einer Anästhesierung der Mutter bei Entbindungen und während der Schwangerschaft handelt. Gerade auch das Interesse für das Kind, dessen Leber im ersten Lebensjahr besonders gefährdet erscheint und bei allen Verdauungserkrankungen funktionell und anatomisch leidet, sollte den Arzt veranlassen, das eine oder andere moderne Anästhesierungsverfahren der Kreißenden in Erwägung zu ziehen, von denen uns Schädigungen von Mutter und Kind noch nicht bekannt sind.

Nothmann (Wilmersdorf).

M. Menier, Über akute retropharyngeale Abszesse bei Kindern. (Zeitschrift f. Laryngologie. Bd. 3. Heft 1.) Verf. sah in letztem Winter fünf retropharyngeale Abszesse bei Kindern in naher

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Folge, so daß bei der relativen geringen Zahl dieser Abszesse sonst in einem Jahr beinahe von einem endemischen Charakter gesprochen werden kann. In der Abhandlung, die sonst nichts Neues bringt, wird die möglichst frühzeitige und ausgiebige Inzision mit dem mit Heftpflaster umwickelten Messer empfohlen, die bei allen fünf Fällen zur glatten Heilung führte. A. Sonntag.

Alexander, Der Anteil der Lehrer, der Eltern und des Schularztes in der Ohrhygiene der Schulkinder. (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1910. Heft 10.) Verf. berichtet über seine Erfahrungen als Schulohrenarzt, die er in Berndorf in Niederösterreich machen konnte. Um Lehrer und Schüler über ohrhygienische Fragen aufzuklären, ist es notwendig, daß der Schularzt bei Vorträgen über Körperhygiene die Ohrhygiene ausführlich erörtert. Dem Schulohrenarzt werden nur diejenigen Kinder zugeführt, bei welchen der Schularzt in Nase, Ohr oder Rachen Krankheitsveränderungen gefunden hat (? Ref.). Während die konservative Therapie dem Familienarzt übertragen wird, führt der Schulohrenarzt operative Eingriffe aus. (Ein sehr diskutabler Standpunkt. Ref.) A. Sonntag.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

L. Piesen, Die schulhygienische Bedeutung der lordotischen Albuminurie. (Aus dem Ambulatorium des Vereins Kinderambulatorium und Krankenkrippe in Prag.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1911. Nr. 1.) Aus seinen Untersuchungen folgert P.:

1. Das „Schulsitzen" mit auf dem Kreuz verschränkten Armen ist schulbehördlich zu verbieten.
2. Die Disposition zur lordotischen Albuminurie ist im selben Lebensalter um so größer, je länger das Kind ist. Im übrigen steigt sie mit dem Alter.
3. Auch die statistischen Untersuchungen ergeben die Abhängigkeit der lordotischen Albuminurie von der Beweglichkeit der Nieren.

Grätzer.

Th. Escherisch, Über Tuberkulinbehandlung im Kindesalter. (Wiener med. Wochenschrift. 1911. Nr. 2.) Aus der bedeutsamen Arbeit seien folgende Abschnitte wiedergegeben:

Auch da, wo es schon zu manifesten und schweren klinischen Erscheinungen gekommen ist, kann noch eine Ausheilung eintreten, wie die zahlreichen Fälle von in der Jugend überstandenen skrofulösen Erkrankungen, lokalisierter Knochen- und Lymphdrüsentuberkulose beweisen. Im allgemeinen ist aber der Verlauf der manifesten Tuberkulose in diesem Alter ein rascherer und führt viel häufiger als im späteren Leben zu Generalisierung und miliarer Aussaat. Aus diesem Grunde wird auch die Injektionsbehandlung mit großen Tuberkulindosen nur für besondere Fälle und für das spätere Kindesalter in Frage kommen. Auf der anderen Seite stehen jene Kinder, bei welchen der Heilungsprozeß bis auf die allergische Umwandlung des Organismus nahezu symptomlos verläuft, die also keiner besonderen Behandlung bedürfen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zwischen diesen beiden Extremen steht aber eine Gruppe von Fällen, in welchen der anfangs günstig verlaufende Heilungsvorgang gleichsam mitten auf dem Wege ins Stocken gekommen ist. Es sind dies Kinder vorwiegend der mittleren Altersperiode angehörig, bei denen die Infektion mit Tuberkulose schon längere Zeit zurückliegt, ohne daß sich aber bisher Krankheitserscheinungen gezeigt haben. Bei diesen kommt es zumeist im Anschluß an eine interkurrente Erkrankung wie Masern, Grippe, Keuchhusten, infolge von anstrengendem Schulbesuch, von schlechten hygienischen Verhältnissen oder auch ohne erkennbare Ursache zu einer Störung des Allgemeinbefindens, das sich durch Blässe, Stillstand oder Rückgang des Körpergewichts, Verminderung des Appetits, Husten, Nachtschweiße, auch wohl erhöhte Körpertemperaturen äußert, ohne daß man imstande wäre, eine bestimmte Diagnose oder ein direkt auf Tuberkulose hinweisendes Zeichen zu finden. Die Pirquetsche Hautprobe ergibt ein positives Resultat und zeigt, daß es sich hier um eine negative Schwankung im Kampfe des Organismus gegenüber der tuberkulösen Infektion handelt. Es ist aus irgendeinem Grunde ein Nachlaß in der Abwehrreaktion des Organismus eingetreten, welche bisher das Einwirken der tuberkulösen Toxine auf den Gesamtorganismus aufgehalten hatte. Sind wir nun imstande, abgesehen von den auf die allgemeine Kräftigung des Organismus bezüglichen Mitteln etwas zur Anregung der Abwehrreaktion des Organismus zu tun?

Wir wissen, daß der Heilungsvorgang der lokalisierten Tuberkulose des Kindesalters auf dem Wege der durch das Anaphylaxin angeregten Entzündungszustände zustande kommt, daß die Abnahme und das Verschwinden desselben ein sicheres Zeichen der sinkenden Widerstandsfähigkeit gegen die tuberkulöse Infektion bedeutet. Wir wissen auch aus den Untersuchungen von Loewenstein, daß durch die Injektion kleinster Dosen von Tuberkulin eine vermehrte Bildung des anaphylaktischen Reaktionskörpers hervorgerufen wird. Da liegt wohl der Gedanke nahe, daß eine künstliche Zufuhr dieses Mittels in einer Menge, welche unterhalb jeder toxischen Wirkung liegt, die Bildung des Antikörpers anzuregen und damit den natürlichen Heilungsvorgang zu unterstützen imstande ist. Es ist dies ein Vorgehen, wie es in der Therapie schon mehrfach Anwendung gefunden hat: durch die Zufuhr eines schädigenden Reizes eine vermehrte Reaktion der Abwehrvorrichtungen hervorzurufen, welche zu einer Überwindung der einwirkenden Schädlichkeit führt. Ich erinnere an die blutbildende Wirkung der Aderlässe, des Blutkörperchen zerstörenden Arsens bei Behandlung der Anämie usw.

Noch eine andere Indikation möchte ich hier erwähnen, der Sie gewiß praktisch schon begegnet sind. Das jüngste Kind einer Familie erkrankte an einer vielleicht tödlich verlaufenden Tuberkulose. Es fällt bei der Untersuchung der älteren Geschwister auf, daß dieselben lymphatische Erscheinungen, Blässe, Mattigkeit, ungenügende Gewichtszunahme aufweisen. Sie führen die Pirquetsche Probe aus und finden ein positives Resultat. Würden Sie als ärztlicher Berater der Familie die Tatsache der Tuberkuloseinfektion, die Anzeichen einer beginnenden Erkrankung deshalb ignorieren, weil Sie noch keine

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bestimmte klinische Krankheitserscheinung gefunden haben? Sie werden mir antworten, daß in solchen Fällen die Verbesserung der Lebensverhältnisse, ein Aufenhalt im Süden, eventuell auch innere tonisierende Mittel in Anwendung kommen sollen. Ich will dies ohne weiteres zugeben. Aber sind wir sicher, mit diesem Mittel unser Ziel zu erreichen? Ich habe wiederholt Fälle gesehen, welche auf Grund einer Pirquetschen Reaktion nach dem Süden geschickt wurden und dort erst trotz der besten hygienischen und klimatischen Bedingungen an einer ausgesprochenen tuberkulösen Affektion erkrankten. Wie selten ist aber die Familie imstande, derartige Ratschläge auch sofort durchzuführen. Im besten Falle wird ein derartiger Aufenthalt für die nächsten Schulferien in Aussicht genommen. Bis dahin kann der Zustand wesentlich verschlimmert oder der Ausbruch der klinischen Tuberkulose schon erfolgt sein. Diese Fälle, in welchen das Damoklesschwert einer aktiven frischen Tuberkulose über dem Haupte des Kindes schwebt, sind es, bei welchen die anaphylaktische Behandlung in der Art, wie ich sie vorgeschlagen, einsetzen soll, selbstverständlich unter Mitbenützung aller das Allgemeinbefinden hebenden Faktoren. Diese Methode besteht in der Injektion kleinster Tuberkulindosen, welche anregend, stimulierend auf den Organismus einwirken und die entzündliche Reaktion in dem Krankheitsherde befördern soll. Man kann dazu das Alttuberkulin verwenden. Ich bevorzuge jedoch das Neutuberkulin bzw. die Bazillenemulsion, welche neben dem Tuberkulotoxin auch die immunisierenden Extraktivstoffe der Bazillenleiber enthält. Die Dosierung ist 0,001—0,002 mg pro Injektion, die 1—2 mal wöchentlich zu wiederholen sind. Irgendwelche lokale oder Allgemeinerscheinungen treten dabei nicht auf. Nur ganz ausnahmsweise wird im Beginne der Behandlung eine geringe, der Injektion nachfolgende Temperatursteigerung beobachtet, so daß die Behandlung ambulatorisch durchgeführt werden kann. Der Effekt derselben äußert sich häufig zuerst in der Angabe der Mütter, daß sie eine bessere Stimmung und einen größeren Appetit des Kindes beobachten, und in der Regel bestätigt auch die vorgenommene Wägung eine schon in den ersten Wochen auftretende Körpergewichtszunahme. Ich lasse die Behandlung in der Regel durch 2—3 Monate fortsetzen und dann, wenn dies irgend möglich, einen Landaufenthalt nachfolgen, während dessen die Körpergewichtszunahme und die Besserung des Befundes weitere Fortschritte macht. Bei der Rückkehr vom Lande ist man überrascht von der günstigen Veränderung des Aussehens und der Konstitution dieser Kinder. In einzelnen Fällen war alsdann die Pirquetsche Reaktion nicht mehr nachweisbar, bei den meisten jedoch noch erhalten. Im Falle einer ungenügenden Erholung oder einer noch bestehenden intensiven Reaktion soll die Injektionskur wiederholt werden.

Ich habe diese Art der Behandlung durch ca. 2 Jahre geübt. Es waren dies zumeist Mädchen im Alter von 5—10 Jahren, die wegen Blässe, Anorexie oder leichten Fiebertemperaturen vorgestellt wurden. Die Pirquetsche Reaktion war positiv. Irgendwelche deutliche Zeichen von Tuberkulose fehlten. Die Erfolge waren in allen Fällen befriedigend, in einigen überraschend, indem nach einiger Zeit eine völlige Änderung der Konstitution einzutreten schien. Irgendeine

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störung oder eine Verschlimmerung wurde nie beobachtet. Eine erfreuliche Bestätigung meiner eigenen Beobachtung finden Sie in einer Mitteilung von Petruschky (1897), welcher ebenfalls die in längeren Intervallen durchzuführende Etappenbehandlung mit kleinen Dosen bei schwächlich erscheinenden, insbesondere tuberkulösen Kindern empfiehlt und dabei eine so günstige körperliche Entwicklung beobachtete, wie er sie früher nicht für möglich gehalten hatte. Über ähnliche Erfahrungen berichten Ganghofner und Raudnitz; letzterer gibt gleichfalls dem Gedanken Ausdruck: „Es handelt sich nicht darum, die ausgebildete Phthise zu behandeln, sondern die Tuberkulose in ihrem ersten, ungefährlichen Stadium zu attackieren."

Wenn ich es unterlasse, hier statistische Angaben über Heilerfolge einzufügen, so geschieht dies, weil eine überzeugende Statistik wenigstens unter den derzeitigen Verhältnissen sich nicht herstellen läßt. Die in Frage stehenden Krankheitszustände sind so geringfügig, der ganze Krankheitsverlauf so wechselnd und unberechenbar, daß das Urteil über den Erfolg der Injektionen zunächst immer ein subjektives ist, abgesehen davon, daß die Frage in bezug auf das spätere Verhalten gegenüber der Tuberkulose erst in sehr viel späterer Zeit festgestellt werden kann.

Wenn ich es dennoch unternehme, Ihnen die Anwendung der anaphylaktischen Methode zu empfehlen, so geschieht dies, weil der Arzt, und speziell der Kinderarzt, angesichts der über jedem positiv reagierenden Kinde schwebenden Gefahr, insbesondere wenn sich Anzeichen einer beginnenden Erkrankung einstellen, sich selbst und den besorgten Eltern gegenüber die Verpflichtung fühlt, etwas zum Schutz des bedrohten Kindes zu unternehmen. Die gründliche Besserung der hygienischen oder klimatischen Verhältnisse stößt meist auf unüberwindliche Schwierigkeiten, die systematischen oder allgemein tonisierenden Mittel wie Kreosot, Arsenpräparate u. a. sind in ihrer Wirkung unzuverlässig. Das einzige, den Krankheitsprozeß selbst beeinflussende Mittel ist das uns von Koch geschenkte Tuberkulin, das einerseits die Krankheitserscheinungen bessert, andererseits aber auch den Heilungsvorgang und die Immunisierung des Organismus hervorruft. Die therapeutische Anwendung desselben ist gewiß ein zweischneidiges Schwert, das nur mit größter Vorsicht und Sachkenntnis benützt werden darf, wenn nicht schwere Schädigungen drohen.

Dennoch ist es nach manchen vergeblichen Versuchen gelungen, für den Erwachsenen eine entsprechende Methode zu finden. Für das Kindesalter, das ja eine viel größere Zahl von aktiven Tuberkulosen aufweist, ist diese immunisierende Methode wenigstens für das erste und zweite Drittel nicht zu empfehlen. Die Verwendung größerer, rasch steigender Dosen führt zum raschen Verschwinden der anaphylaktischen Reaktion und ist in diesem Alter bei manifest tuberkulösen Kindern wegen der Neigung zur Generalisierung des Prozesses gefährlich, indem sie Öl in das Feuer gießt. Auch erfordert sie eine sorgfältig überwachte Durchführung womöglich in geschlossenen Anstalten. Dagegen kann die hier empfohlene anaphylaktische Methode, die bei latenter oder beginnender Tuberkulose und noch erhaltener Widerstandsfähigkeit der Kinder in Anwendung kommt, als eine un-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefährliche, leicht und auch in ambulatorischer Behandlung durchführbare bezeichnet werden. Die kleinen, oberhalb der toxischen Reizschwelle gelegenen Dosen werden ohne jede Schädigung vertragen und sollen nur als Stimulans zur Anregung stärkerer Abwehrreaktionen seitens der Gewebe wirken.

Es wird damit der Vorgang imitiert, welchen wir als Ursache der gerade in dieser Lebensperiode so häufigen Spontanheilung oder relativen Immunität kennen gelernt haben. Ob dieses Ziel wirklich erreicht wird, das kann erst die Zukunft lehren; jedenfalls sprechen die bisher vorliegenden Resultate in diesem Sinne. Nur das eine möchte ich hier betonen: Wenn das Tuberkulin wirklich einmal eine dauernde Stellung in der Behandlung der kindlichen Tuberkulose finden sollte, so kann dies nur dann geschehen, wenn man dasselbe nicht, wie es bisher geschehen ist, als ultimum refugium bei vorgeschrittener Erkrankung, sondern bei latenten oder beginnenden Fällen mit noch erhaltener Widerstandskraft in vorsichtigen kleinen Dosen verwendet.

Grätzer.

Mathilde de Biehler (Varsovie), Les taches de Koplik. (Arch. de méd. des enf. Janvier 1911.) Die Koplikschen Flecken bei Masern sind schon allgemein bekannt und man hat in denselben ein gutes, oft frühzeitiges diagnostisches Zeichen. Die Verf. hat nahezu 1000 Fälle von Masern untersucht und ist zur Überzeugung gelangt, daß die in Rede stehenden Flecken der Maserneruption vorangehen. Manchmal sind dieselben sehr blaß und es gehört eine sehr aufmerksame Untersuchung dazu, um sie zu sehen, doch kann man sagen, daß sie nie fehlen, so daß man behaupten kann, daß die Koplikschen Flecken für Masern pathognomonisch sind. Von den Fällen der Verf. zeigten die Flecken

864	. . . .	1 Tag	vor	der	Eruption
42	. . . .	2 Tage	„	„	„
18	. . . .	3 „	„	„	„
12	. . . .	4 „	„	„	„
4	. . . .	5 „	„	„	„
2	. . . .	6 „	„	„	„
1	. . . .	10 „	„	„	„
3	hatten am	2. Tage	nach	„	„
	noch keine Koplikschen Flecken.				

Man kann daher sagen, daß in der überwiegenden Anzahl der Fälle die Flecken an dem der Eruption vorangehenden Tage auftreten. Man kann also behaupten, daß in einer großen Anzahl von Fällen das Auftreten der Masern vorausgesagt werden kann und daß auf diese Weise in prophylaktischer Beziehung viel früher die notwendigen Isolierungsmaßregeln ergriffen werden können, als dies früher der Fall war, als man hierzu vorerst das Auftreten der Eruption abwarten mußte. Es muß daher empfohlen werden, bei jedem kranken Kinde auf das Vorhandensein dieses Zeichens acht zu geben und in regelmäßiger Weise das Innere der Wangen daraufhin zu untersuchen.

E. Toff (Braila).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

M. Péhu (Lyon), Note sur la topographie périvasculaire de la tuberculose intestinale. (Arch. de méd. des enf. Janvier 1911.) Zahlreiche anatomische Untersuchungen, die der Verf. am Darme von Kindern im ersten Lebensalter vorgenommen hat, haben ihn in der Überzeugung bestärkt, daß die durch den Kochschen Bazillus hervorgerufenen Läsionen sich sehr nahe um die Blutgefäße herum gruppieren und daß die Darmtuberkulose hämatogenen Ursprunges ist. Diese Ansicht ist nicht neu, doch da die Frage noch nicht in definitiver Weise geklärt ist, sind die angeführten Gründe von Interesse. In erster Reihe wird hervorgehoben, daß die Granulationen sich hauptsächlich unter dem Peritoneum lokalisieren, was gewiß nur dann der Fall sein kann, wenn ihr Ursprung im Zirkulationsapparate zu suchen ist. Gingen sie vom Darmlumen aus, so würde man sie in erster Linie in der Schleimhaut, namentlich den Peyerschen Plaques vorfinden. Der Werdegang bei tuberkulösen Darmgeschwüren wäre also der (ausgenommen Fälle von massiver direkter Infektion durch bazillenhaltige Sputa, wie dies z. B. bei jenen Kindern vorkommt, deren tuberkulöse Mütter oder Pflegerinnen die Nahrungsmittel zuerst kauen und dann den Kindern eingeben), daß die tuberkulösen Granulationen von der Peritonealfläche gegen das Darmlumen vorrücken und hier in weiterer Folge zur Bildung von Geschwüren Veranlassung geben.

Ein weiteres Argument ist die Seltenheit der primitiven Darmtuberkulose, und selbst dann, wenn diese weit vorgeschritten und allein bestehend scheint, findet man immer andere Herde, von welchen die Darmerkrankung ihren Ausgangspunkt genommen hat. In den meisten Fällen sind es die Luftwege, in welche der spezifische Bazillus eindringt, von hier gelangt derselbe in die Blutbahn und wird in verschiedenen Organen lokalisiert, so auch im Darme. E. Toff (Braila).

Sicard, Foix et **Salin** (Paris), Réactions du liquide céphalo-rachidien au cours de la pachyméningite pottique. (Sérodiagnostic rachidien pottique.) (La presse méd. 1910. Nr. 104.) Wenn auch in vielen Fällen die Diagnose einer Pottschen Paralyse mit Leichtigkeit aus dem klinischen Bilde gestellt werden kann, so gibt es doch Fälle, wo dies nicht gut möglich ist und in welchen die Untersuchung der Zephalo-rhachidianflüssigkeit wichtige Dienste leistet, insofern durch dieselbe die Natur der Erkrankung festgestellt werden kann.

Vor allem wird hervorgehoben, daß in diesen Fällen die Rückenmarksflüssigkeit nicht vollkommen klar, wie in normalem Zustande ist, sondern meist eine gelbliche, mitunter leicht ins Grünliche stechende Färbung zeigt.

Ein weiteres Zeichen ist die Nichtübereinstimmung zwischen zelligen Elementen und Eiweißgehalt der Rückenmarksflüssigkeit. Man findet so z. B. eine sehr geringe Menge von Zellen, oder auch gar keine, während die Menge des Albumens eine sehr große ist und namentlich bei Zusatz von Salpetersäure eine massive Koagulierung zustande kommt.

Man hat ferner in der betreffenden Flüssigkeit die Anwesenheit

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Albumosen nachweisen können, und zwar dies in jenen Punktionsflüssigkeiten, die eine gewisse Färbung aufwiesen. Dieser Nachweis gelingt aber nur bei der ersten Punktion, während spätere Flüssigkeitsproben, selbst wenn sie nach 4—6 Wochen entnommen werden, dieselbe nicht mehr geben.

Eine weitere Eigenschaft der Pottschen zephalo-rhachidianen Flüssigkeit ist die Hämolysierung der roten Blutkörperchen des Kaninchens, die entweder direkt stattfindet, oder unter Beifügung eines Komplementserums vom Meerschweinchen.

In manchen Fällen wurde Hypoglykose oder Aglykose der Rachidianflüssigkeit im Verhältnisse zu derjenigen von Paralytikern und Tabetikern konstatiert. Doch ist dieses Zeichen kein allgemeines und wurde nur in einigen Fällen gefunden. E. Toff (Braila).

Laquerrière et **Decherm,** Diminution de la pose en radiologie par les écrans renforçateurs. (La presse médicale. 1910. Nr. 99.) Die Benützung verstärkender Schirme ergab verwaschene Bilder, solange dieselben ein starkes Korn hatten, doch ist dieser Übelstand bei den heutigen feinkörnigen Schirmen fast vollkommen beseitigt. Die Anwendung derartiger Schirme kann bestens empfohlen werden, da durch dieselben die Belichtungszeit um ein Erhebliches herabgesetzt und die zu benützende Stromstärke um vieles vermindert werden kann. Man kann derart die erstere auf $^1/_{12}$—$^1/_{15}$ herabsetzen und Stromstärken von 10 Milliampère statt solcher von 40 bis 60 Milliampère anwenden. Es ist dies namentlich für Röntgenaufnahmen bei Kindern von Wichtigkeit, da dieselben nur in den seltensten Fällen vollständig in Ruhe zu halten sind, ferner können bewegliche Organe leichter aufgenommen werden. Die betreffenden Schirme haben die Eigentümlichkeit, durch Einwirkung der Röntgenstrahlen ultraviolette Strahlen zu produzieren, und dies im Verhältnisse mit der Stärke der sie treffenden X-Strahlen. Auf diese Weise werden die betreffenden Photographien verstärkt, ja, es ist festgestellt worden, daß das Leuchten dieser Schirme auch einige Zeit nach Aufhören der Röntgenbelichtung anhält, so daß die photographische Platte durch dieselben auch nach Aufhören der Sitzung weiter belichtet werden kann. Hierdurch kann man die Durchleuchtung der betreffenden Körperteile noch um einiges herabsetzen, mit der Bedingung, selbstverständlich den betreffenden Schirm nicht zu verrücken, was durch eigene Rahmen leicht ermöglicht wird.

Man erhält also mittels der verstärkenden Schirme bessere Aufnahmen, bei geringerer Expositionszeit und bei größerer Schonung des Materials, doch ist selbstverständlich das Ideal, durch Vervollkommnung der Apparate eine Verkürzung der Expositionszeit zu erzielen, ohne genötigt zu sein, die betreffenden leuchtenden Schirme zu benützen. E. Toff (Braila).

E. Loumeau, Calcul vésical de cystine chez un enfant de deux ans. (La Province médicale. 1910. Nr. 15.) Der seltene Fall schließt sich der kurzen Liste derer an — kaum 50—60 — die in dem Zeitraum eines Jahrhunderts veröffentlicht wurden, seit dem Tage

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Jahres 1810, wo der erste dieser Steine, ebenfalls einer kindlichen Blase entnommen, von Wollaston untersucht wurde, der in ihm eine eigenartige, ihn nahezu ausschließlich bildende und von ihm „zystisches Oxyd“ genannte Substanz fand, ein Name, den Berzelius später durch „Zystin“ ersetzte, eine Substanz, bekanntlich reich an Schwefel, dessen Vorhandensein von Baudrimont und Malaguti nachgewiesen worden ist und der sich durch einen starken Schwefelgeruch bemerkbar macht, wenn man ein Stück dieser Substanz auf heiße Kohlen oder auf eine rotglühende Platinplatte bringt.

Das Auftreten von Zystin im Urin und seine Ausfällung in Form von Steinen in einem Abschnitt der Harnwege zeigen eine Ernährungsstörung an, deren Pathogenese zu schematisieren ist.

Das Zystin darf als ein Übergangsprodukt zwischen den schwefelhaltigen Eiweiß- oder Proteinstoffen und den Sulfaten betrachtet werden, welche die Schlußetappe der vollständigen Oxydation vorstellen. Die Sulfate des normalen Urins sind Schwefeloxyde. Vollzieht sich diese Oxydation nicht in der Weise, daß der initiale Protein-Schwefel in den terminalen Zustand oxydierten Schwefels übergeführt wird, so wird das Zwischenprodukt — das Zystin — in natura ausgeschieden. Es wird sich also die Zystinurie in einem Organismus mit verlangsamter oder herabgesetzter Oxydation bemerkbar machen, indem sie nach heute herrschender Auffassung auf eine Inferiorität der Leber hinweist.

Nicht ohne Interesse ist die Anamnese. Wir erfahren daraus, daß das Kind unter seiner Aszendenz einen an Steinleiden gestorbenen Urgroßvater väterlicherseits zählt, daß der Großvater mütterlicherseits mit 58 Jahren einem Diabetes erlegen ist, daß die Großmutter mütterlicherseits zu wiederholten Malen an Leberkoliken gelitten hat, die mit den Abgang vieler Gallensteine endeten. Der Vater wird als nervöser Mann bezeichnet. Über die Mutter wird nichts weiter gesagt. Die Geburt war lang und schwierig. Das Kind wurde bis zum 6. Monat an der Brust, dann, bis zum 15. Monat, halb mit der Brust, halb mit Kuhmilch ernährt. Wiewohl mit viel Intelligenz und Sorgfalt gepflegt, blieb das Kind immer bleich, hatte Diarrhoe und zeigte eine unerklärliche Kraftlosigkeit, die kontrastierte mit der habituellen Melancholie, welche der beherrschende Zug seiner Natur zu sein schien.

Seit dem 7. Monat stellte sich häufiger und gebieterischer Harndrang, besonders am Tage ein; Weinen vor Schmerzen, krampfhaftes Zusammenziehen des Gesichts, zugleich Stampfen mit den Füßen; endlich plötzliche Unterbrechung des Harnstrahles, so daß der Urin immer nur in mehreren Abständen, jeder von kurzer Dauer, entleert werden konnte. Waren so die Tage ausgefüllt und gestört durch eine mehr und mehr schmerzhafte Entleerung der Blase, so war der Schlaf des Nachts häufig unterbrochen durch Schreien oder schreckhafte Halluzinationen, gefolgt von einem, freiwilligen oder unbewußten, Abfluß von Urin. Niemals Konvulsionen, niemals Hämaturie. Urin klar und grünlich, wie stark verdünnter Absinth. Sicherung der klinischen Diagnose durch die Sondenuntersuchung und sofortige Operation (Sectio alta). Heilung per primam in 6 Tagen. Bei der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Revision $1^1/_2$ Monate später, wird ein rosiges frisches Kind präsentiert, das mehrere Kilo zugenommen hat. Nachts zweimalige, am Tage noch häufigere, aber völlig ungestörte Urinentleerung. Urin noch leicht grünlich, reich an Harnsäure und Zystin, letzteres verhältnismäßig weit mehr als im Stein selbst. Dieser 25 mm lang, 18 mm breit und 10 mm dick, 3 g schwer, bernsteingelb mit feingranulierter, schillernder Oberfläche, von ziemlich weicher Konsistenz, auf den Durchschnitt zweischichtig, bestehend aus einem mandelförmigen, genau zentral gelegenen, $^3/_5$ der Längsachse und $^1/_2$ der Breite des Steines nehmenden und aus einer kompakten und homogenen Masse zusammengesetzten Kern, von dem feine Furchen nach der granulierten Rinde ausstrahlen. Nach dem Ergebnis der chemischen Analyse enthält der Stein Fibrin, Xanthin und Zystin in allen Zonen, das Zystin am reichlichsten in der äußeren.

Interessant ist die Fortdauer der Zystinurie bei dem Kinde, die auf eine Permanenz der Ernährungsstörungen hinweist, die zur Bildung des ersten Steines geführt haben und so die Möglichkeit eines späteren Rezidivs eröffnen. Unter diesen Umständen und angesichts einer ganz besonderen arthritischen Heredität muß das Schwergewicht der weiteren Behandlung auf die Auffindung einer diätetischen und therapeutischen Formel, an der Hand vergleichender Urinanalysen gerichtet sein, die einen Modus vivendi schaffen helfen, wenn nicht mit dem völligen Verschwinden, so doch mit einer starken Verminderung der Zystinurie, der stets drohenden Quelle neuer Steinbildung.

H. Netter (Pforzheim).

A. Netter, Efficacité du chlorure de calcium comme moyen préventif des éruptions après injection sous-cutanée de sérum; effets moins satisfaisants dans les injections intraarachnoïdiennes. (Compt. rend. hebdomad. Soc. de Biologie. 17. Juli 1909.) Bereits vor 3 Jahren hatte N. gezeigt, daß Chlorkalzium eine sehr starke präventive Wirkung gegen die Serumerscheinungen besitzt. Die seitdem unter anderen von Gewin kontrollierte und bestätigte Tatsache drückt sich auch wieder in den von N. neuerdings gesammelten Erfahrungen aus. Von 229, im Jahre 1907 injizierten Diphtheriekranken, die Chlorkalzium bekommen hatten, zeigten nur 7 Serumexantheme i. e. 3,1 %, während 251 Kranke, die das Salz nicht genommen hatten, 43 Eruptionen gaben, i. e. 17,1 %. Während des ersten Semesters 1909 wurden 5 Exantheme bei 117 Fällen mit Chlorkalzium (4,3 %) und 25 Exantheme bei 133 Fällen ohne Chlorkalzium (18,8 %) festgestellt.

Die Anwendung des Chlorkalziums muß bei der ersten Injektion beginnen, soll 3 Tage und, wenn die Injektionen wiederholt werden sollten, noch länger dauern. Bei denjenigen Personen, die das Medikament schlecht nehmen, kann man es als Einlauf geben.

Ohne eine Erklärung dafür geben zu können, fügt N. hinzu, daß die präventive Wirkung des Chlorkalziums bei der intraspinalen Einverleibung des Antimeningokokkenserums eine weit schwächere ist.

H. Netter (Pforzheim).

Van Lint, Mouvements de la paupière supérieure associés aux mouvements de mastication. (Bull. de la Soc. belge

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

d'ophthalmol. Nr. 25.) Fälle dieser Art gehören, wenn auch schon bekannt, nicht zu den häufigen und sind darum interessant, weil sie Beziehungen zwischen Nervenzentren beweisen, die normalerweise voneinander unabhängig sind, wenigstens in funktioneller Beziehung. Es handelt sich um ein 5jähriges Mädchen, Tochter eines alkoholischen Vaters und Schwester eines choreatischen Bruders, bei der die Bewegung des Mundöffnens (Herablassen des Unterkiefers) von einer Hebung des linken oberen Augenlides begleitet ist. Um das Phänomen in seiner ganzen Deutlichkeit beobachten zu können, muß man das Kind nach unten blicken lassen, daß das Oberlid sich gewissermaßen über den Bulbus hinlegt; geht nunmehr der Unterkiefer abwärts, so konstatiert man eine maximale Erhebung des linken oberen Lides, das für gewöhnlich keine Spur von Ptosis zeigt, entgegen dem, was man sonst in der Mehrzahl analoger Fälle verzeichnet findet. Da während des Eßaktes der Blick nach unten mit Senkung des Lides das natürliche ist, so ergibt sich für das bedauernswerte Kind ein höchst lästiges veritables Gebrechen, das zudem unheilbar scheint. Es handelt sich wahrscheinlich um Verbindungen zwischen dem Kern des dritten kranialen Nervenpaares (levator palpebr.) und demjenigen des siebenten (Kaumuskeln), Vorbedingungen, die normalerweise nicht existieren oder mindestens funktionell durch hemmende Erscheinungen unterdrückt sind. H. Netter (Pforzheim).

A. Baillet, Recherches sur la teneur en fer du foie dans les deux sexes de la naissance à la puberté. (Pariser These. 1910.) Es gibt keinen Unterschied der Geschlechter im Eisengehalt der Leber bis zum zehnten Jahr. Er beträgt etwa 0,25 mg pro 1000 bei der Geburt, sinkt dann rasch bis 0,05 mg, um sich zwischen erstem und zweitem Jahr auf 0,15 und 0,17 schnell zu erheben und bei beiden Geschlechtern bis zum zehnten Jahr auf dieser Höhe sich zu halten. Das ist das Mittel zwischen dem der männlichen (0,23) und weiblichen Erwachsenen (0,09). Über das zehnte Jahr hinaus bleibt der mittlere Gehalt bei den Knaben der gleiche, während derjenige der Mädchen bis zur Pubertät steigt (0,22 von 10—14 Jahren). Die Ursache dieser plötzlichen Änderung bei der Frau gegenüber dem wahrscheinlich allmählichen Anstieg beim Mann muß im Erscheinen der ersten Regel gesucht werden. Das Plateau der Kindheit zeigt sich also begrenzt von zwei für das Eisen der Leber kritischen Altern: von der Säuglingszeit und der Pubertät der Mädchen.

Es wäre interessant, das Studium der prämenstruellen Reserve der noch dunklen Pathogenese der Chlorose gegenüberzustellen, einer besonderen, bei der Frau häufigen und meist nach der Pubertät sich einstellenden Anämie. H. Netter (Pforzheim).

H. H. Dale, The action of Extracts of the Pituitary Body. (Bio-chem. Journ. 10. November 1909. Bd. 4. Heft 9.) Seit der Entdeckung der fundamentellen physiologischen Eigenschaften des Hypophysenextraktes durch Oliver und Schäfer haben zahlreiche Autoren auf die zwischen der Wirkung des Hypophysenextraktes und derjenigen der Nebennieren bestehenden Analogien hingewiesen. Endgültig schien indes dieses Faktum nicht festgestellt zu sein, und so

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat D. das Studium der in verschiedenen Organen durch Injektion eines 5 %igen Dekoktes hervorgerufenen Erscheinungen aufgenommen, das aus den hinteren Lappen der Hypophysis hergestellt war.

D. operierte hauptsächlich an isolierten, in Ringerscher oder in Lockescher Flüssigkeit gehaltenen Organen. Bei dieser Anordnung beobachtet man beispielsweise, daß die peripheren Äste der Lungenarterie, auf welche Adrenalin keinen Einfluß ausübt, eine unverkennbare Vasokonstriktion zeigen, wenn man der Flüssigkeit einige Tropfen Hypophysenextrakt zufügt. Am isolierten und in Lockescher Flüssigkeit befindlichen Herzen beobachtet man die gleiche Erscheinung einer Verlangsamung der Zirkulation in den Koronargefäßen durch Verengerung ihres Kalibers.

Der Beweis dafür, daß es sich nicht um eine Steigerung der Viskosität des Blutes dabei handelt, kann durch folgenden Versuch geliefert werden: Fügt man, während noch die Wirkung der ersten Dosis nicht erschöpft ist, eine zweite Dosis Hypophysenextrakt hinzu, so wird keine Änderung in den Zirkulationsverhältnissen hervorgerufen, auch nicht, wenn die Wirkung des Extraktes erschöpft ist. In letzterem Fall bewirkt der Zusatz von Hypophysenextrakt zur Lösung neuerdings eine energische Vasokonstriktion.

Wie das Harvey schon gesehen hat, kann die Wiederholung dieser Gefäßspasmen zur Koronarsklerose führen. Zu bemerken ist, daß alsbald nach der Injektion der Herzschlag stärker und langsamer wird, eine Tatsache, die wahrscheinlich auf eine vorübergehende Stenose der Koronargefäße zu beziehen ist.

Was die Zirkulation in der Niere betrifft, so hat D., ebenfalls am isolierten Organ gefunden, daß die Injektion von Hypophysenextrakt eine Gefäßkonstriktion mit Verlangsamung in den Nierenvenen bewirkt. Das gleiche gilt für die Milz, die durch Kontraktion der Muskelfasern ihres Überzuges merkbar kleiner wird.

In Anbetracht der elektiven Wirkung des Hypophysenextraktes auf die glatte Muskelfaser mußte man sich fragen, ob der Uterusmuskel in gleicher Weise wie die Fasern der Blutgefäße reagieren würde. Die dabei von D. gewonnenen Resultate sind den von Bell und Hick am Kaninchen beobachteten ganz entgegengesetzt. — Die Wirkung des Hypophysenextraktes war konstant eine sehr energische tonische Kontraktion.

Im Gegensatz zu den Muskelfasern der Arterien und des Uterus kontrahieren sich diejenigen des Darmes, der Blase oder die Skelettmuskeln nicht auf die Injektion von Hypophysenextrakt. Dieses scheint direkt auf den Muskel zu wirken und das Nervensystem ganz zu verschonen. In der Tat bleibt seine Wirkung nach Durchtrennung oder Reizung der motorischen Nerven der Muskelfasern der Gefäße oder des Uterus die gleiche. H. Netter (Pforzheim).

R. Gómez Ferrer, Über die Behandlung der Masern mit Kalisalpeter. (La Crónica Méd. de Valencia. 25. November 1910.) Die Behandlung der Masern mit Kal. nitr. (Tagesdosis je nach dem Alter 0,3—0,9, in 3—4 Einzeldosen) empfiehlt unter Beigabe von 17 Fieberkuren F., Professor der Kinderheilkunde zu Valencia. Das

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mittel soll das Fieber abkürzen, die Heilung des Exanthems und Enanthems beschleunigen und Komplikationen vorbeugen. Schädliche Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. Eine weitere Arbeit über das gleiche Thema von J. Tuixans Pedragosa (El Siglo Méd. 7. Jan.) bestätigt aus der Praxis (87 Fälle) die Beobachtungen F.s Kindern unter 3 Jahren soll man das Mittel nicht geben; die Tagesdosis soll betragen 0,25—0,35 bei Kindern von 3—4, 0,35—0,5 von 4—5, 1,0—1,5 von 5—8, 1,5—2,0 von 8—12, 2,0—3,0 von 12—15 Jahren.

M. Kaufmann.

F. Corominas, Anaphylaxie bei Masern. (Rev. de Cienc. Méd. de Barcelona. Okt. 1909.) Von 3 Geschwistern A, B und C erkrankte A am 4. April, B am 7. April, beide offenbar in der Schule infiziert, an leichten Masern. C. wurde von seinen Geschwistern infiziert und erkrankte sehr schwer am 20. April. Offenbar von ihm holte sich das am 2. Mai neu erkrankte Kind A seine Reinfektion, von A wieder das am 12. Mai neu erkrankende Kind B. Verf. ist der Überzeugung, daß die Reinfektionen während einer Periode der Anaphylaxie eintraten, und daß eine solche bei Masern ca. 2 Monate lang nach Ablauf der Erkrankung besteht, weshalb Individuen, die Masern überstanden haben, 2 Monate lang sorgfältig vor Ansteckung zu schützen sind. Es ist anzunehmen, daß bei Krankheiten, die zu Immunität führen, dieser stets eine Periode von Anaphylaxie vorhergeht.

M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 24. November 1910.

Knöpfelmacher demonstriert einen 5¾ Jahre alten Knaben mit **diffuser Skeletterkrankung.** Das Kind ist stets im Wachstum zurückgeblieben. Kann weder stehen noch gehen. Neben unwesentlicheren Veränderungen an den übrigen Knochen findet sich am linken Humerus eine Epiphysenlösung, die ohne Trauma aufgetreten ist. Patient ist sehr anämisch, zeigt leichte unregelmäßige Fieberbewegungen, und klagt über spontane Schmerzen in Gelenken, die auf Arzneien zurückgehen. Es besteht deutliche Sattelnase und ein Defekt im vorderen Anteil der knorpligen Nasenscheidewand. Pirquet und Wassermann negativ. Im Röntgenbild ist starke Rarefizierung der langen Röhrenknochen (Atrophie) zu sehen, an einzelnen Epiphysen erscheinen die Fugen mächtig verbreitert.

Trotz negativen Wassermann bleibt der Verdacht auf **Lues** bestehen.

K. demonstriert weiter ein 16jähriges Mädchen mit **rachitischem Zwergwuchs.** Körperlänge 110cm. Die stärkste Verkürzung zeigt der Femur, während Kopf, Hals, Rumpf und obere Extremitäten wenig zurückgeblieben sind. Die oberen Extremitäten reichen deshalb weit hinab, fast bis ans Knie.

Rach zeigt einen 6 Monate alten, gut entwickelten und gut genährten Säugling mit **Gangrän der Schamlippen.** Auf der Innenseite beider Schamlippen findet sich fast symmetrisch je ein überbohnengroßes, tiefes, mißfarbig belegtes Geschwür, dessen Umgebung infiltriert ist. Inguinaldrüsen bohnengroß. Die Erkrankung begann vor 4 Tagen in Form eines Bläschens auf der linken Seite, das beim Bad aufbrach. Vorher keine Infektionskrankheit. Im Ausstrich des Belages

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

finden sich neben Gram-positiven Kokken reichlich Spirochäten und fusiforme Bazillen.

Königstein demonstriert ein 9½ Jahre altes Mädchen mit **luetischer spastischer Spinalparalyse** und **reflektorischer Pupillenstarre** (Typus Erb). Vater machte Lues durch. Patientin war bis Ende Juni dieses Jahres gesund, und die Sprache soll stets etwas schwerfällig gewesen sein. Angeblich nach Fall trat zunehmende Steifheit des Ganges auf, zuerst wurde das rechte, dann auch das linke Bein nachgeschleppt. Keine Schmerzen. Die Untersuchung ergibt Steigerung der Sehnenreflexe an allen Extremitäten, unsicheren spastischen Gang, leichte Blasenstörung und reflektorische Pupillenstarre. Bei Erwachsenen soll dieser Symptomenkomplex häufiger sein, bei Kindern sind etwa 6 Fälle bekannt. Es dürfte sich um eine luetische kombinierte Systemerkrankung handeln. Prognose ist bei energischer spezifischer Behandlung nicht ungünstig. In diesem Fall wurde bisher Salvarsan und Jod ohne Erfolg angewendet.

Diskussion zum Vortrage Friedjungs (s. Februarheft 1911): Zappert, Eisenschitz und Escherich bestätigen die Ausführungen von Friedjung. Zappert wünscht Erweiterung des Themas hinsichtlich der Frage nach der Nervosität im Säuglingsalter und der Neuropathie im Kindesalter. Eine nervöse Diathese des Säuglings besteht nach seinen Erfahrungen nicht, die sogenannte nervöse Diathese des frühen Kindesalters ist Erziehungsresultat und nicht Krankheit.

Eisenschitz wünscht die Betonung der Relation zwischen Nervosität der Eltern, namentlich der Mutter zur Pathologie des einzigen Kindes.

Escherich weist auf die starke Zunahme der nervösen Störungen im Säuglings- und frühen Kindesalter hin und führt dieselbe zum Teil auf die moderne Bewegung für das Kind zurück, deren Idee der Pflege der Individualität des Kindes vielfach dahin mißverstanden wird, daß jeder Laune des Kindes nachgegeben wird. Der Arzt hat in der Familie diesbezüglich aufklärend tätig zu sein. Aufgabe der Mutterschulen wird es sein, hier erziehlich zu wirken. Therapeutisch wird es bei neuropathischen Säuglingen von Vorteil sein, die Pflege des Kindes einer Berufskinderpflegerin zu übergeben, bei größeren Kindern ist die Entfernung des Kindes aus dem Hause und Unterbringung in Pensionaten oder ländlichen Erziehungsanstalten, wie solche dank der Initiative Czernys in Deutschland schon lange existieren, die richtige Maßregel.

F. Bauer berichtet über einen neuen **Serumbefund** bei **Serumkrankheit**. B. hat diesen in der Hämagglutinationsreaktion gefunden. Bisher war nur die Bildung von Hämagglutininen nach Injektion artfremder Blutkörperchen bekannt. B. fand, daß auch nach Injektion artfremden Serums die beim Menschen schon normalerweise vorhandene geringe Hämagglutinationskraft gegen gewaschene rote Blutkörperchen der entsprechenden Tierart wesentlich zunimmt. Diese Zunahme beginnt am 6. Tag nach der Injektion des Pferdeserums und erreicht ihr Maximum am 12.—14. Tag. Von da nimmt die Agglutinationskraft allmählich ab, ihre Vermehrung ist aber in manchen Fällen sehr lange nachweisbar.

Die Technik der Reaktion ist sehr einfach. Eine kleine Menge gewaschene und (1:7) verdünnte Pferdeblutkörperchen wird mit steigenden Serumverdünnungen des Patienten gemischt. Die Beurteilung des Resultates erfolgt unter dem Mikroskop.

Sitzung vom 12. Januar 1911.

Escherich demonstriert einen 3jährigen Knaben, der nach Ablauf einer Pneumonie eine dichte Aussaat von **Impetigoeffloreszenzen** und tiefliegenden Furunkeln zeigte, welche Hautaffektion E. mit Perhydrol auf folgende Weise behandelte. Nach sorgfältiger Reinigung der Haut mit Seifenspiritus wurden die Eiterblasen und Furunkel mittels Schere eröffnet und unmittelbar darnach mit einem in Perhydrol getauchten kleinen Wattetupfer energisch betupft und gerieben. Es bildet sich ein weißer Schorf. Das Kind kommt dann für wenige Minuten in ein heißes Sublimatbad. Darnach werden noch mehrmals in Perhydrol getauchte Kompressen aufgelegt. Nach 1—2 Stunden wird die Haut mit Dermatolpulver bestreut. In drei Tagen — die neu nachgekommenen Effloreszenzen wurden ähnlich behandelt — war die ganze Erkrankung geheilt.

A. v. Reuß hält einen Vortrag über die Erfolge der **Eiweißmilchtherapie** nach Finkelstein und Meyer an der Wiener Kinderklinik. Der Vorteil der Eiweißmilchtherapie liegt darin, daß man auch in Fällen schwerer Ernährungs-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

störung eine kohlehydrathaltige Nahrung zuführen kann, die trotz der Empfindlichkeit des Darmes gegen Kohlehydrate den Darm nicht reizt. Zucker wird in eiweißreichem Medium besser vertragen und die Eiweißmilch ist eiweißreich und außerdem zuckerarm. Vorzügliches leistete die Eiweißmilch in jenen Fällen von Ernährungsstörung, die Gärungsvorgängen im Darme ihr Entstehen verdanken. Dagegen war die Anwendung der Eiweißmilch bei anderen Arten von Darmerkrankungen, so z. B. bei schweren Dickdarmerkrankungen nicht von Erfolg. Beim Atrophiker mit relativ guter Toleranz des Darmes kann man die Eiweißmilch entbehren und bei der bisherigen Therapie bleiben. R. erwähnt, daß sich bei schweren Fällen von Ernährungsstörung mit sehr empfindlichem Darm Kasein-Fettdiät + Zufütterung kleiner Mengen Frauenmilch bewährt hat. In analoger Weise gibt Zufütterung von Kaseinfettaufschwemmung bei schwerer Dyspepsie des Brustkindes in manchen Fällen gute Resultate.

Zatelli bemerkt, daß auf der Säuglingsstation des Prim. Foltanek mehrere Fälle mit Eiweißmilch behandelt wurden. In den meisten Fällen war wohl ein vorübergehender günstiger Einfluß zu verzeichnen, die Hoffnungen, die man auf die Eiweißmilch setzte, seien aber nicht ganz erfüllt worden. Die Besserung des Stuhles war meist rasch zu erzielen. Mehrmals aber wurde die Eiweißmilch nach kurzer Anwendung von den Kindern nicht mehr genommen, es trat oft Erbrechen auf, die Stühle wurden wieder zahlreicher und schleimig, so daß die Eiweißmilch ausgesetzt wurde. Zweimal traten blutige Stühle auf.

Weiß hat in zwei Fällen der Privatpraxis guten Erfolg gesehen und verwendet statt des Haarsiebes die Filtervorrichtung des Apparates „Sterilac" zur Erzeugung des feinen Kaseingerinnsels.

Knoepfelmacher hält mit seinem Urteil über die Eiweißmilch noch zurück, bei einzelnen dekomponierten Kindern und bei kurzdauernden Dyspepsien hat er Erfolge gesehen. Kn. empfiehlt Magermilch und Aufschwemmung des Kaseinfettgerinnsels erst knapp vor dem Gebrauche zusammenzugießen.

Reuß betont im Schlußwort, daß bei der Beurteilung des Erfolges der Eiweißmilchtherapie nicht so sehr die Zahl der geheilten Fälle eine Rolle spielt, als die Beantwortung der Frage, ob die Eiweißmilch innerhalb ihres Indikationsgebietes mehr leistet als andere Nahrungsgemische. Diese Frage ist für die Anwendung der Eiweißmilch bei der Gärungsdyspepsie zu bejahen. Die Herstellung der Eiweißmilch erfolgt an der Klinik folgendermaßen: Ein halber Liter Buttermilch kommt in ein Wasserbad, welches langsam bis zum Sieden erhitzt wird. Nach 10 Minuten wird die nun gewonnene Buttermilch mit einer Schneerute geschlagen und langsam abkühlen gelassen. Das aus einem Liter Vollmilch im Wasserbad von 48° ausgelabte Kaseinfett wird auf ein Sieb gebracht und abtropfen gelassen. Dann wird der Kaseinkuchen zweimal durch ein feines Sieb gepreßt, auf diese fein zerteilten Gerinnsel wird abgekochtes laues Wasser bis zur Menge von einem halben Liter aufgefüllt, die Buttermilch zugegossen und das Ganze durchgequirlt. Es wird mit ausgekochtem Geschirr gearbeitet. Weitere Sterilisierung wird nicht vorgenommen.

Sitzung vom 26. Januar 1911.

Hochsinger demonstriert zwei mit **Salvarsan** in Paraffinölsuspension behandelte Säuglinge. Die Injektionsdosis betrug 15 mg pro Kilogramm Körpergewicht. Schädliche Nebenwirkungen fehlten, es trat nur eintägige leichte Fieberreaktion auf. Ein glänzend aussehendes Brustkind zeigte im Alter von 10 Wochen papulöses Exanthem und flächenhaftes, diffuses Infiltrat der Fußsohlen. Auf Injektion von 0,08 Salvarsan (5 kg Körpergewicht) Rückgang der Hauterscheinungen innerhalb einer Woche. In der 7. Woche nach der Injektion Rezidiv makulösen Charakters im Gesichte und an den Fußsohlen.

Das zweite, ebenfalls gut aussehende, künstlich ernährte Kind 7 Wochen alt, 4100 g schwer ohne Exanthem zeigte Parrotsche Scheinlähmung, Epiphysenlösung an den Vorderarmen und aufgetriebene Ellbogengelenke, etwas Koryza. Injektion von 0,07 Salvarsan. Nach 5 Tagen wurden die Arme wieder bewegt, die Epiphysenlösung heilte langsamer. Beide Fälle will H. reinjizieren. Auf sein Verlangen werden die Höchster Werke Salvarsan in Ampullen zu 0,1 abgeteilt in den Handel bringen.

Goldreich demonstriert 3 Kinder 7, 7, 10 Jahre alt mit **latenter Lues hereditaria**. Die Kinder zeigen alle stark gewölbte, abnorm breit und abnorm

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hoch angelegte Stirnen („olympische Stirne"). Das Symptom ist schon von Parrot betont und von Hochsinger neuerlich zu Ehren gebracht worden. Als weitere Symptome sind hervorzuheben gut tastbare, linsengroße Kubitaldrüsen und endlich narbige Veränderungen an den Lippen. In der Diskussion bemerkt Hochsinger, daß für Lues kleine Kubitaldrüsen charakteristisch sind, größere Drüsenschwellungen sprechen eher für entzündliche Provenienz (Skabies, Prurigo usw.).

Pollak hat tastbare Kubitaldrüsen auch bei nicht luetischen Kindern, vor allem bei tuberkulösen Säuglingen gefunden.

Bauer sah Schwellung der Kubitaldrüsen nach Pirquetscher Impfung.

Friedjung demonstriert ein 9jähriges Mädchen mit Littlescher **Lähmung infolge eines enzephalitischen luetischen Prozesses.** Das Kind zeigt die gleiche Stirnformation wie die von Goldreich demonstrierten Kinder, spastische Paraparese der unteren Extremitäten ohne Babinski. Die rechte Pupille fast vollkommen starr. Migränartige Anfälle von Kopfschmerzen. Wassermann bei Mutter und Kind positiv.

Frl. Barolin zeigt die **Verwendung des Milchdippers zur Herstellung von Magermilch.** Man läßt Milch im Eiskasten aufrahmen. Der Milchdipper dient zur Entfernung der obersten fettreichsten Schichten. Der Milchdipper ist ein schmaler Zylinder aus Weiß- oder Nickelblech, der in eine Spitze ausläuft und oben am Stiele gehalten werden kann. Man taucht ihn langsam so weit in die Milch ein, daß die Milch eben über seinen oberen Rand einfließt. Die fettreichsten Schichten sammeln sich im Dipper an. Die Prozedur kann mehrmals vorgenommen werden (4—5 mal).

Die Abrahmung ist geringer als bei Zentrifugierung. Die Verminderung des Fettgehaltes beträgt $^1/_2$—1 %. Die Methode stammt aus Amerika. Escherich hat sie dort kennen gelernt und die Nachprüfung veranlaßt.

Bauer demonstriert ein 10jähriges Mädchen mit **Polyneuritis bei akutem Gelenkrheumatismus.** Vor 6 Wochen erkrankte das Kind mit Allgemeinsymptomen (Mattigkeit, Kopfschmerzen), ziehenden Schmerzen in den Gliedern. Vor 12 Tagen Fazialislähmung der rechten Seite, vor 10 Tagen Auftreten multipler Gelenkschwellungen (Hand-, Ellbogen-, Fußgelenke), vor mehreren Tagen Gefühllosigkeit der 4. und 5. Zehe, Kriebeln in der linken Hand. Die Muskulatur der Extremitäten ist paretisch und stark druckschmerzhaft; im Bereich des gelähmten Fazialis Entartungsreaktion. Diferentialdiagnostisch kommen nur Gelenksergüsse bei Polyneuritis in Betracht.

Ernst Meyerhofer spricht über: **Chemische Teilerscheinungen des Säuglingsharns und ihre klinische Bedeutung.** Das Autoreferat lautet:

Bei der noch lange nicht vollendeten Erforschung des Harnes des Brustkindes ist es von Interesse, die bisher darüber erschienene Literatur zusammenzustellen. Der Harn des gesunden Brustkindes ist danach hauptsächlich durch negative Merkmale charakterisiert (geringes spezifisches Gewicht, lichte Farbe, geringe Mengen organischer und anorganischer Stoffe, als beim gesunden Erwachsenen).

Von speziellen Reaktionen und Bestimmungen wurden studiert:

1. Das Verhalten des anorganischen Phosphors;
2. die Goldscheidersche Glukuronsäurereaktion;
3. das qualitative Verhalten des Nitratstickstoffes;
4. die Permanganattitration des Harns;
5. die Reaktion mit konzentrierter Schwefelsäure (Udránsky-Wiechowski).

Durch Kombination mit noch anderen Reaktionen wurde auf diese Weise eine detaillierte Harnbeschreibung erhalten, welche auch auf diese Weise den Grundgedanken hervortreten ließ, daß der Harn des gesunden Brustkindes eher dem Wasser gleicht als der komplizierten Lösung und Pseudolösung, welche das Nierensekret des gesunden Erwachsenen darstellt.

Durch Studien am gesunden und eben erkrankenden Brustkinde wurden folgende Harntypen gewonnen:

1. Gesundes Brustkind: Harn phosphatfrei oder phosphatarm, Reduktionsindex gegen Permanganat klein. Naphtholreaktion negativ, Diphenylaminreaktion negativ (keine Glukuronsäure, kein Nitratstickstoff), mit konzentrierter Schwefelsäure kein oder fast kein Ring.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Krankes Brustkind: Harn phosphatreich, Reduktionsindex hoch, Naphthol- und Diphenylaminreaktion positiv, meist sogar sehr stark positiv. Mit konzentrierter Schwefelsäure bräunliche Ringbildung (organische Substanzen), darüber ein rosa- bis violettroter oder nur zwiebelroter Saum (Gegenwart von Harnsäure oder Allantoin).

3. Hungerndes krankes Brustkind: a) Hungerharn bei leichten Ernährungsstörungen schon nach 24 Stunden Saccharintee-Diät: Phosphatfreiheit oder -armut, niedriger Index, Nitrate negativ, Glukuronsäure meist noch positiv, kann aber auch negativ sein; Prognose im allgemeinen günstig.

b) Hungerharn bei schweren Ernährungsstörungen, nach 24 Stunden Saccharintee-Diät; Phosphatreichtum, hoher Index gegen Permanganat, Glukuronsäure entweder stark positiv oder in den schwersten Fällen gänzlich mangelnd, oder eine purpurne Reaktion, Nitrate meist stark positiv; Prognose im allgemeinen ernster.

4. Hungerndes gesundes Brustkind (bei unzureichender Amme): Der Harn weist dieselben Merkmale wie beim gesunden, zunehmenden Brustkind auf. Das Stehen des Gewichtes oder die Abnahme sind nur auf Hunger zu beziehen, Erhöhung der Trinkmengen bewirkt Gewichtserhöhung, ohne den Harnbefund zu verändern. Abgesehen von dem theoretischen Interesse, welches eine solche Harnuntersuchung bietet, gewährt sie auch noch für die Praxis Anhaltspunkte für die Erhöhung oder Beschränkung der Trinkmenge sowie auch Gewichtspunkte für die Prognose eines Krankheitsfalles.

5. Genesendes Brustkind: Das bunteste Bild bei der Untersuchung bietet der Harn genesender Brustkinder. Je nach dem Fortschreiten der Genesung finden wir die am meisten wechselnden Befunde. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß relativ am raschesten sich der Phosphatstoffwechsel herstellt, der Index schwankt am meisten, oft sogar von Tageszeit zu Tageszeit, je nach der Resorption der gerade getrunkenen Nahrung. Der Nitratstickstoff ist oft noch lange in Spuren nachweisbar, häufig sind am längsten die gepaarten Glukuronsäuren vermehrt, nach schweren Darmstörungen zeigen sie oft noch monatelang die vermehrte Darmfäulnis an, während die klinische Rekonvaleszenz schon längst beendet ist.

Eine Sonderstellung nimmt jedoch der Harn der Neugeborenen und der gesunden, künstlich genährten Kinder ein.

Diese mitgeteilte Harnbeschreibung versetzt uns in die Lage, Regelmäßigkeiten, nicht Gesetze aufzudecken, gibt uns Anhaltspunkte für die Beurteilung des Gesundheitszustandes von Brustkindern und liefert außerdem noch Symptome, welche in vielen Fällen mit der klinischen Beobachtung zusammen geeignet sind, die Grenze zwischen den Begriffen „gesundes Brustkind" und Dyspepsie genau abzustecken. Schick.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

(Nach der deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 12. Dezember 1910.

Vorsitzender: Heubner; Schriftführer Finkelstein.

Vor der Tagesordnung. 1. Tugendreich: **Mikrozephalie mit Gliederstarre.** Gehirn und Schädel eines mikrozephalen Säuglings, welcher intra vitam das Bild der angeborenen Gliederstarre darbot. Das Kind wurde im Alter von fünf Wochen in die Säuglingsfürsorgestelle V. gebracht. Drei Geschwister des Kindes sind gesund und normal entwickelt, ebenso auch die Eltern. Lues, Potatorium ist nicht vorhanden. (Bei dem Säugling fiel die Wassermannsche Reaktion negativ aus.) Die Entbindung ging leicht, ohne ärztliche Hilfe vonstatten. Das Kind war bei der Aufnahme ganz gut entwickelt, hatte eine Länge von 52 cm,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einen Thoraxumfang von 35 ½ und wog 3300 g und nahm in den nächsten fünf Wochen über 500 g bei künstlicher Ernährung zu. Auffallend war der Schädel, der exquisit den mikrozephalen Typ zeigte. Sein größter Umfang betrug 29 cm, der bitemporale Durchmesser 5, der biparietale 6, der nasookzipitale 9. Sämtliche Nähte und Fontanellen waren fest geschlossen. Das Schädeldach war sehr klein und flach, die Stirn stark fliehend, die Kopfhaut stark gerunzelt und verdickt. Trotz dieses anormalen Schädelbaus waren die psychischen Funktionen nicht wahrnehmbar alteriert. Nach Angabe der Mutter wollte das Kind an der Brust nicht saugen, die Flasche aber trank es gern, und seine sonstigen Funktionen waren normal. Die Pupillen reagierten prompt. Die Patellarreflexe und Fußsohlenreflexe waren lebhaft. Babinski-, Bauchdecken- und Kremasterreflexe waren nicht auszulösen. Die elektrische Prüfung ergab eine geringe Übererregbarkeit. Im Alter von zehn Wochen traten krampfartige Zuckungen auf in den Extremitäten, gleichzeitig konstatierten wir Opisthotonus, starke Spasmen in allen Extremitäten; das Kind machte den Eindruck, als sei es auf Draht gezogen. Wir überwiesen es dem Kaiser- und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhause. Die Starre hielt an, Krämpfe traten häufiger auf, hinzu kam zerebrales Erbrechen, das die Ernährung sehr erschwerte; im Alter von vier Monaten ging das Kind zugrunde. Nachdem wir die sehr starke, über 1 cm dicke knöcherne Schädeldecke durchsägt und die Dura entfernt hatten, kamen wir auf das Gehirn. Sie sehen hier das kleine Gehirn im Gegensatz zu einem normalen. Es ist etwa ¼ so groß als ein normales von einem gleichaltrigen Kind, das ich Ihnen mitgebracht habe. Das Hirn stellt nicht etwa eine embryonale Entwicklungsstufe dar, sondern es gehört zu der Kategorie von Mikrozephalen-Gehirnen, die einen atavistischen Rückschlag darstellen. Zu keiner Zeit des Fötallebens zeigt das menschliche Gehirn solche Konfiguration. Das Kleinhirn ist vollständig unbedeckt vom Großhirn, die Hirnwindungen sind nicht nur an Zahl erheblich spärlicher als beim Menschen, sondern auch ihr geradliniger Verlauf weicht völlig von der Norm ab. Eine gewisse Ähnlichkeit hat es, wie uns Dr. Rothmann belehrte, mit dem Hundegehirn. Fälle dieser Art sind mehrfach beschrieben worden. So hat Ibrahim eine größere Reihe Fälle von zerebraler Diplegie mit Mikrozephalie zusammengestellt. Man nahm früher an, daß die angeborene Gliederstarre wesentlich auf Erkrankung des Rückenmarks zurückzuführen sei. Aber man hat sich gerade durch solche Fälle wie den unsrigen davon überzeugen lassen, daß es wesentlich zerebrale Anomalien und Erkrankungen sind, wodurch die sonst wirksamen Hemmungen auf das Rückenmark aufgehoben werden und die Gliederstarre zustande kommt. Dies ist ein Fall von echter Mikrozephalie, wo keinerlei intra- oder extrauterine entzündliche Prozesse zu der pathologischen Bildung geführt haben. Hervorheben möchte ich schließlich, daß auch in unserem Falle die von Little für die angeborene Gliederstarre angegebene Ätiologie: Schwergeburt, Frühgeburt oder Asphyxie nicht zutrifft.

Diskussion. Max Rothmann: In den Großhirnwindungen ist tatsächlich die normale Windungsanordnung vollkommen geschwunden bei weitgehender Annäherung an den Vierwindungstypus der Raubtiere. Nur die Schläfenwindungen haben den menschlichen Bau bewahrt und fallen aus dem übrigen Typus heraus. Es spricht dies dafür, daß diese falsche Wachstumsrichtung bereits in früheren Stadien des Fötallebens hervorgerufen worden ist. Natürlich wird erst die genauere Untersuchung zeigen können, inwieweit sich auch in den tieferen Teilen nach dieser Richtung hin atavistische Bildungen finden. Wahrscheinlich besteht eine Agenesie der Pyramidenbahnen.

Heubner: Es handelt sich hier in der Tat um eine ganz ungewöhnliche Form von Mißbildung.

Tagesordnung. a) Beschlußfassung über den Antrag Baginsky betr. **Sammelforschung über epidemische Poliomyelitis.** Baginsky weist auf die von Langer angestellte Sammelforschung über die Epidemie in Graz und Umgebung als Beispiel hin und tritt für ein gleiches Unternehmen ein. Sollte demgemäß beschlossen werden, so würde eine Unterkommission mit den speziellen Vorbereitungen und Ausarbeitungen zu betrauen sein.

Heubner: Es handelt sich hier um drei Fragen. Erstens würde ich zur Diskussion stellen: wollen wir überhaupt in eine Sammelforschung eintreten? zweitens: sollen wir eine Kommission erwählen zur Aufstellung des Fragebogens? drittens: auf einen wie großen Umkreis, etwa die Provinz Brandenburg, soll die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sammelforschung sich erstrecken? Er möchte diese drei Punkte getrennt besprechen lassen.

Lewandowsky weist auf eine zurzeit auffallende Häufung sonst seltener akuter Nervenerkrankungen (Polyneuritis usw.) auch bei Erwachsenen hin, und erhofft von einer durch den Verein zu errichtenden Sammelstelle für klinisch oder epidemiologisch wichtige Beobachtungen wertvolle Aufschlüsse. Er empfiehlt besonders auch Anregung der Anzeigepflicht, Verständigung mit den Behörden und Belehrung der Ärzte durch eine besondere Schrift. Eine selbständige Sammelforschung scheint ihm weniger zweckmäßig.

Morgenroth bezweifelt gleichfalls die Zweckmäßigkeit einer vom Verein eingeleiteten Sammelforschung, die mehr Sache der Behörden sei. Er regt an, daß darauf hingewirkt werde, daß in einem staatlichen Zentralinstitut die tödlichen Fälle von Poliomyelitis und Landryscher Paralyse der exakten mikrobiologischen Untersuchung unterzogen werden.

Cassel hält eine Sammelforschung der Gesellschaft für wenig aussichtsreich.

Der Antrag Baginsky betr. eine Sammelforschung der Gesellschaft selbst wird abgelehnt. Der Antrag Lewandowsky-Morgenroth betr. Anregung der behördlichen Anzeigepflicht wird angenommen.

Zum Antrage Lewandowsky: Versendung eines Merkblattes für Ärzte bemerkt Tugendreich, daß auch Vorträge seitens des Komitees für das Fortbildungswesen in Frage kämen.

Rothmann ist dafür, kein eigenes Merkblatt zu verfassen, sondern die Behörden um Herausgabe eines solchen — ev. in Einverständnis mit der Gesellschaft — zu ersuchen.

Heubner macht auf die Schwierigkeit der Regelung der Kostenfrage aufmerksam, falls die Gesellschaft für sich allein vorgehen wolle.

Finkelstein beantragt, einfach eine Kommission zu ernennen zu dem Zwecke, alle Maßnahmen zu beraten und in die Wege zu leiten, die geeignet sind, über die Ausbreitung und den Stand der herrschenden Poliomyelitis-Epidemie möglichst Aufklärung zu schaffen. Die erste Aufgabe dieser Kommission soll sein, sich mit den Behörden in Verbindung zu setzen und deren Interesse für den Gegenstand zu gewinnen.

Der Antrag Finkelstein wird angenommen. In die Kommission werden gewählt Baginsky, Lewandowsky, Morgenroth, Eckert, Finkelstein.

b) Diskussion über die Vorträge Eckert und Baginsky: **Über epidemische Poliomyelitis.** P. Fränkel: Ich habe im Laufe der letzten fünf Vierteljahre 13 Fälle von akuter Poliomyelitis behandelt. Den ersten Fall sah ich im Juni 1909, den letzten vor etwa drei Wochen. Mit Ausnahme von zwei Fällen, die im Juni und im August erkrankten, begannen alle anderen in den Herbst- und Wintermonaten. Von den 13 Patienten waren 10 Knaben. 1 Kind war 10 Monate alt, 9 Kinder 1—3 Jahre, 1 Kind 4 Jahre, 2 Kinder 7—8 Jahre alt. In keinem Falle bestand ein längeres Prodromalstadium. In einem Falle stand der 2 Jahre alte Knabe morgens um 7 Uhr munter auf, bekam um 10 Uhr einen Schüttelfrost und hatte um 11 Uhr 39° Fieber und eine schlaffe Lähmung der einen unteren Extremität. Meistens bestand nur mittleres Fieber, bis 39°. In einigen wenigen Fällen war das Fieber hoch (bis 40,3) und dauerte bis neun Tage lang. In einem Falle war das allererste Symptom eine komplette Harnverhaltung infolge von Blasenlähmung, wie ich einen gleichen Fall vor vier Jahren beobachtete. In den meisten anderen Fällen begann die Erkrankung mit Erbrechen, Fieber, Schmerzen im Rücken. Schon im Anfang war meist das Fehlen des Patellarreflexes zu beobachten. In zwei Fällen bestand sofort hohes Fieber, absolute Bewußtlosigkeit, Erbrechen, komplette Nackenstarre, so daß ich zuerst an zerebrospinale Meningitis dachte. Am anderen Tage — die zwei Fälle verliefen fast identisch — waren die unteren Extremitäten gelähmt, am folgenden Tage auch die gesamte Rumpfmuskulatur und die oberen Extremitäten. Blasen- und Mastdarmfunktion ungestört, keine Lähmung im Gebiet der Hirnnerven. Im Gegensatz zu diesen meinen schwersten Fällen steht ein zwei Jahre altes Mädchen, das plötzlich unter Fieber und einer Lähmung des linken Mundfazialis erkrankte. Das Fieber war am folgenden Tage geschwunden, die Lähmung erst nach zwei Monaten. In Übereinstimmung mit Zappert fasse ich diesen Fall als einen ganz leichten Fall von Poliomyelitis auf. Nur in einem Falle sah ich Atemstörungen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch dieser Fall wurde geheilt, so daß von meinen Patienten keiner starb. Die Lähmungen bildeten sich zum großen Teile gut zurück. Ein Kind zeigt noch jetzt, neun Monate nach Beginn der Erkrankung, langsame, aber deutliche Fortschritte in der Bewegung der gelähmten Glieder, ein Fingerzeig, daß man mit operativen Eingriffen lange warten soll. Meine Therapie bestand hauptsächlich in energischen Schwitzprozeduren. Die Lumbalpunktion halte ich für überflüssig. In allen meinen Fällen handelte es sich um Kinder aus Charlottenburg, die untereinander nicht in Beziehung standen. Obwohl die Familien zum Teil sehr kinderreich waren und in engen Wohnungen hausten, die Kranken auch nicht isoliert wurden, fand niemals eine Übertragung auf andere Familienmitglieder statt.

M. Rothmann: Auch ich habe eine größere Reihe von Poliomyelitisfällen im letzten Jahr zu sehen Gelegenheit gehabt, und zwar die meisten in der Zeit vom Juli bis zum Oktober. Es sind im ganzen acht Fälle, von denen ich fünf poliklinisch beobachtet habe; drei Fälle waren bettlägerig. Die Erkrankungen sind größtenteils im Westen vorgekommen, in Charlottenburg, Schöneberg und Südende. Darunter waren Fälle, die vollkommen dem altbekannten Bilde der Poliomyelitis entsprechen. Neben vereinzelten Fällen mit außerordentlich starken und langdauernden Schmerzen sind die Mehrzahl der Fälle typisch in der Weise verlaufen, daß Schmerzen überhaupt nicht auftraten. Ich glaube, daß solche Beobachtungen uns zeigen, daß wir nicht von einer neuen Krankheit sprechen dürfen, sondern daß höchstens eine gewisse Änderung des Genius epidemicus stattgefunden hat. Wir sollten an dem alten Begriff der Poliomyelitis festhalten, nur daß wir uns klar machen, daß die Fälle durch Verhältnisse, die wir noch nicht übersehen, verändert auftreten können. Man muß bei den Schmerzen unterscheiden zwischen solchen, die durch Reizungen der Hinterhörner bedingt sind, und solchen, die durch meningitische Affektionen zustande kommen. Unter meinem verhältnismäßig kleinen Material habe ich drei Fälle gesehen, die alle gleichartig so verlaufen sind, daß die Patienten zuerst eine doppelseitige Beinlähmung zeigten, und daß dann die Lähmung unter Freibleiben der Arme auf Hals- und Nackenmuskulatur übersprang. Einer dieser Fälle war besonders interessant, weil zunächst einen Tag der Kopf steif war, so daß man an eine meningitische Reizung denken konnte, am nächsten Tage aber diese Steifigkeit verschwunden und die Lähmung der Kopfhaltung ausgesprochen war. Man muß annehmen, daß eine Reizung der Vorderhornzellen der Lähmung vorausgegangen ist. Diese Fälle sind zweifellos sehr gefährlich, da, wenn die Lähmung so rasch auf den Kopf überspringt, das Atmungszentrum gefährdet ist. Doch sind alle drei Fälle gesund geworden. Dann möchte ich noch wegen der Ansteckungsgefahr sagen, daß wir, nachdem Landsteiner die Übertragung der Poliomyelitis auf den Affen nachgewiesen hat, unbedingt mit einer solchen rechnen müssen. Wenn man in der Praxis sieht, wie die Geschwister vielfach um die kranken Kinder herumspielen, so halte ich das für außerordentlich bedenklich. Wir haben von Baginsky von einer familiären Epidemie gehört. Ich erinnere an einen Fall, den Hartmann in Graz berichtet, wo in der Familie eines Arztes sechs Kinder erkrankten. Daß eine Gefahr besteht, ist also zweifellos; wir müssen die Konsequenzen ziehen, und deshalb müssen auch die Kollegen genau unterrichtet werden. In einer Anzahl von einschlägigen Fällen habe ich gesehen, daß die Kollegen gar nicht wußten, worum es sich handelte, ganz andere Diagnosen stellten. Ich habe die Poliomyelitis auch bei einer Frau von 48 Jahren beobachtet; dieser Fall ist genau so verlaufen wie die anderen mit Bein-, Rumpf- und Kopflähmung. Ich habe in allen meinen Fällen genau nach anderen gleichen Erkrankungen geforscht und habe auch die Kollegen veranlaßt, dies zu tun. In allen Fällen ist ein zweiter Fall von Poliomyelitisinfektion in der Familie oder der Nachbarschaft nicht nachgewiesen worden. Bisweilen waren Geschwister an Angina erkrankt. Die Infektiosität muß also keine sehr starke sein. Zum Schlusse möchte ich noch auf einen Punkt aufmerksam machen. Die Myatonie, die in neuester Zeit wiederholt beobachtet worden ist, geht wenigstens teilweise mit einem Schwund der Vorderhornzellen einher. Es wäre interessant, darauf zu achten, ob eventuell solche an die Myatonie erinnernden Affektionen bei neugeborenen Kindern während einer Poliomyelitisepidemie häufiger zu beobachten sind. Es würde das dafür sprechen, daß intrauterin solche poliomyelitischen Erkrankungen vorkommen können.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Morgenroth: Wenn ich die Ergebnisse der bisherigen ätiologischen Forschung erwähnen darf, so können wir sagen, daß wir auf dem Gebiete der Poliomyelitis schon außerordentlich viel wissen, daß vor allen Dingen etwa die Frage, ob es sich um ein nicht belebtes Virus handelt, heute vollständig ausgeschaltet werden muß. Hier muß vor allem der Name Landsteiners genannt werden, der gemeinsam mit Popper die Poliomyelitisforschung in eine neue Epoche übergeführt hat. Wir wissen durch die Versuche von Landsteiner und Popper, Levaditi, Wiesner und Leiner, Flexner, Römer u. a., daß sich das Virus der Poliomyelitis in vielen Passagen von Affe zu Affe fortpflanzen läßt. Wir wissen von dem Virus ferner, daß es außerordentlich resistent ist. In Glyzerin hält es sich fünf Monate unverändert, es widersteht auch dem Eintrocknen. Alle diese Ergebnisse der Forschung sind nicht nur von rein theoretischem Interesse, sondern auch für die Bekämpfung der Krankheit von praktischer Wichtigkeit. Wir haben durch die Arbeiten dieser Forscher fernerhin erfahren, daß sich durch intrazerebrale Injektion der verriebenen Zentralorgane in etwa 95 % der Fälle bei Affen die Krankheit erzeugen läßt. Der Affe zeigt ganz typische Veränderungen, die den menschlichen völlig entsprechen; die anderen Injektionsmethoden sind nicht so zuverlässig. Durch den Tierversuch läßt sich also feststellen, ob es sich um Poliomyelitis handelt oder nicht. Weitere Ergebnisse der Forschung bestehen darin, daß die Infektion auch von der Blutbahn aus erfolgt und daß es möglich ist, die Infektion vom Darm aus zu erzeugen, was mir sehr wichtig erscheint. Wiesner und Leiner verfügen über drei positive Versuche, bei denen das Virus in eine Darmschlinge eingebracht wurde. Gewisse klinische Symptome sprechen dafür, daß die Infektion beim Menschen von den Schleimhäuten des Intestinaltraktus aus stattfinden kann. Es wurde auch nachgewiesen, daß das Virus sich in der Nasen- und Rachenschleimhaut der infizierten Affen vorfindet, und hier haben wir auch einen wichtigen Ausscheidungsweg des Virus vor uns. Daß sich aus diesen Tatsachen schon heute gewisse Maßregeln ergeben, wie eine etwaige Fernhaltung der Geschwister von der Schule, das ist ganz selbstverständlich. Es führt vor allem der jetzige Stand der Forschung — das hat vor einiger Zeit auch Römer betont — schon zu der Möglichkeit, an Affen diagnostisch entscheidende Versuche zu machen.

Ritter: Ähnliche Erkrankungen sind auch früher, allerdings ohne gleichzeitiges gehäufteres Auftreten, im Verlauf und im Anschluß verschiedener Infektionskrankheiten beobachtet. Er selbst hat auf der Dresdener Naturforscherversammlung über 34 akute Myelitiden als Begleit- und Folgeerkrankung bekannter Infektionskrankheiten berichtet, wo bei einer Anzahl dieser Rückenmarkserkrankungen als ursächliches Moment die pathogenen Keime, welche die Grundkrankheit bedingten, nachgewiesen werden konnten. Wahrscheinlich handelt es sich hier um akute Entzündungen der grauen Substanz, welche unter dem gleichen klinischen Bilde wie die heute zur umfangreicheren Beobachtung kommenden und, wie es scheint, von einem gemeinsamen Kontagium hervorgerufenen Affektionen auftraten. Ohne weiteres Eingehen auf diese vielleicht unter einem anderen Gesichtswinkel zu betrachtenden Dinge wurde betont, daß die jetzt zur Kenntnis kommenden Poliomyelitiden sich von den früher rekognoszierten hauptsächlich durch ihre Foudroyanz unterscheiden. Im Gegensatz zu anderen Beobachtern hat Ritter in seinen Fällen bisher keine gleichzeitige Erkrankung anderer Familienmitglieder gesehen, trotzdem bis zu seiner Hinzuziehung keinerlei Vorsichtsmaßregeln schon aus mangelnder Kenntnis über das Wesen der Erkrankung getroffen waren.

Heubner bemerkt, daß er ebenso wie mehrere Vorredner in der jetzt epidemisch auftretenden Krankheit keine an sich neue Erscheinung erblickt. Wir stehen vor einer Erfahrung, die frühere Generationen von Ärzten bei anderweiten Erkrankungen auch schon Gelegenheit hatten zu machen: vor dem überraschenden und man möchte sagen, wie ein großes Naturereignis überwältigenden Phänomen, daß eine bis dahin wegen ihrer verhältnismäßigen Seltenheit wenig beachtete Krankheit in kurzer Zeit den Charakter einer Volksseuche annimmt. Ein sehr eklatantes Beispiel hierfür ist die Diphtherie, die bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts, in Deutschland nur in Gestalt des sporadischen Krupps da und dort auftauchend, im Laufe kurzer Jahre jenen Seuchencharakter annahm. Ähnliches haben wir mit der Zerebrospinalmeningitis erlebt, die bis vor einem Jahrzehnt nur in dünn gesäten Fällen in der Bevölkerung erschien, dann auf einmal einen für das Gemeinwohl einzelner Provinzen recht bedrohlichen, seuchenhaften

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Charakter annahm. Ähnlich ging es vor zwei Jahrzehnten mit der Influenza. Der Sydenhamsche Genius epidemicus erscheint dem jetzigen Geschlecht in großen Zügen. So also überwältigt uns zurzeit der gleiche Vorgang mit der Poliomyelitis und Encephalitis acuta. Und durch diese Kalamität sind wir nun in die Lage versetzt, alle die verschiedenen Modifikationen, die der Krankheit auch früher eigen waren, aber eben nur vereinzelt beobachtet wurden, wie in einen Brennpunkt zusammengefaßt, in zahlreicher Kasuistik nebeneinander zu beobachten. Einzelne dieser Modifikationen, die früher gewiß auch vorgekommen sind, lernen wir aber jetzt erst, eben unter dem Eindruck des Nebeneinander der einzelnen Fälle, als zu der akuten infektiösen Hirn-Rückenmarkserkrankung gehörig kennen und in ihrem Wesen richtig abschätzen. Dazu gehört eine Form, deren Beschreibung ich auch in den neuen größeren Veröffentlichungen über die Krankheit, einschließlich des wertvollen Wickmannschen Buches, nicht oder nur andeutungsweise habe finden können und auf die, soviel ich sehe, zuerst Hochhaus aufmerksam gemacht hat unter der Bezeichnung der foudroyanten Form.[1]) Herr Eckert hat einen derartigen Fall aus meiner Klinik mitgeteilt, ich kann noch einen zweiten von erschütternder Tragik aus der Konsiliarpraxis anreihen. Ein vierjähriges Mädchen aus gutsituierter Familie erkrankte am 11. Juni mit Benommenheit, Fieber und einer halbseitigen Fazialislähmung. Am nächsten Tage trat Besserung des Allgemeinbefindens ein, der behandelnde Arzt erlaubte dem Kinde, das Bett zu verlassen. Am 13. Juni traten Nackensteifigkeit, allgemeine Hyperästhesie und Schling- und Sprachstörungen auf. Am 15. Juni zugezogen, traf ich das Kind moribund an. Hochgradiges Lungenödem, mit schwerster Herzschwäche, nicht fühlbarem Pulse, Kälte und Zyanose der Extremitäten und völlige Bewußtlosigkeit waren die Hauptzüge in dem verzweifelten Bild. Stundenlange Versuche, durch Abreibungen und Analeptica eine Besserung herbeizuführen, blieben vergeblich. Am Abend nach noch nicht abgelaufenem fünften Krankheitstag (am dritten Tage des Rückfalls) trat der Tod ein. — Ihre Erklärung scheinen mir solche Fälle in einer schweren und sehr rasch einsetzenden Erkrankung der Medulla oblongata mit ihren lebenswichtigen Zentren zu finden. In dem Falle meiner Klinik wird vielleicht die anatomische Untersuchung dafür noch den Beweis zu bringen vermögen. Den foudroyanten Fällen stehen, wie bei vielen anderen infektiösen Erkrankungen, auch bei der epidemischen Kinderlähmung die ganz leichten und schattenhaften gegenüber, deren Beziehung zu der Poliomyelitis, dann, wenn sie ganz ohne Lähmung verlaufen, nur aus ihrem Auftreten neben und gleichzeitig mit schweren Fällen, z. B. in derselben Familie, wie dieses Wickmann ja beschrieben hat, erschlossen werden kann. Hierzu gehören auch die Fälle von temporärer Lähmung, die Seeligmüller vor mehr als drei Jahrzehnten[2]) eines eingehenden Studiums gewürdigt hat. Hiervon habe ich im Laufe des letzten Jahres in der Privatpraxis auch zwei Fälle gesehen, beide Male in hemiplegischer Form, das eine Mal dauerte die Lähmung, die während des Spielens auftrat, nur zwei Stunden, das andere Mal einige Tage. In einem Falle waren die Eltern verreist gewesen und hatten in Schlesien in einem Hause gewohnt, wo Poliomyelitis vorgekommen war, nach ihrer Rückkehr in die westliche Heimat war das zu Hause gebliebene Kind erkrankt, im zweiten Falle war das schon halberwachsene Mädchen in Oberbayern erkrankt, wo damals Poliomyelitisfälle sich ereignet hatten. — In beiden Fällen waren übrigens nach Jahr und Tag noch leichte Andeutungen der vorangegangenen Lähmung bei der Untersuchung vorhanden, ohne daß aber die Funktionen gestört waren. — Im allgemeinen wäre es sehr zu wünschen, daß die Epidemien sich nicht noch in weiterer Häufung entwickeln, denn die Krankheit mit ihren Folgen ist doch in den meisten Fällen ganz furchtbar. Möchte es den Serologen bald gelingen, ein wirksames Heilserum aus ihren der experimentellen Erkrankung unterworfenen Tieren zu gewinnen.

---

[1]) Im Jahre 1902 hat Dr. P. Marcuse einen foudroyanten Fall (unter anderer Diagnose) beschrieben (Deutsche medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 2).

[2]) Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 12 u. 13, Neue Folge.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Neue Bücher.

Fr. Wohlauer. **Atlas und Grundriß der Rachitis.** J. F. Lehmann, München. Preis: Mk. 20.

Es war eine recht gute Idee, diesen Band (Bd. X) von Lehmanns med. Atlanten dem Spezialgebiet der Rachitis zu widmen, einem Gebiet, dem schon darum, weil es einen großen Raum in unserer praktischen Tätigkeit einnimmt, unser vollstes Interesse gebührt. Der Autor, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin, hat seine Aufgabe, dies Gebiet in Wort und Bild dem Praktiker vorzuführen, in äußerst zufriedenstellender Weise gelöst. Als Spezialarzt für Röntgenologie bringt er eine Reihe hervorragend schöner Röntgenbilder; aber auch die übrigen Abbildungen — der Atlas enthält 2 farbige und 108 schwarze Bilder auf 34 autotypischen und 12 photographischen Tafeln — verdienen hohes Lob. Nicht minder der knappe, über alles Wissenswerte Auskunft gebende Text und das mit großem Fleiß gesammelte Literaturverzeichnis. Das Werk ist für jeden, der sich mit der Rachitis genauer bekannt machen will, unentbehrlich.

Bei dieser Gelegenheit soll auch erwähnt werden, daß von den im gleichen Verlage erscheinenden „Med. Handatlanten" Bd. V in 3. Auflage, die umgearbeitet und erweitert ist, vorliegt. Dieser Atlas und Grundriß der Hautkrankheiten von A. Jesionek (Preis: Mk. 18) ist wohl das Beste, was auf diesem Gebiete geleistet werden kann. Wenn auch gerade auf diesem es sehr schwer ist, durch Abbidungen die Anschauung am Lebenden zu ersetzen, so sind doch in diesem Werke die Schwierigkeiten so weit überwunden, daß man tatsächlich oft den Patienten selbst vor sich zu sehen glaubt und die Hautaffektionen sich einem plastisch und ganz natürlich entgegenstellen. Ein prächtiges Werk, das wir aufs wärmste zur Anschaffung empfehlen können. Grätzer.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** Berlin, Fischers mediz. Buchhandlung.

In 6 Jahren 5 Auflagen! Und das auf einem Spezialgebiet, das doch meist vom Praktiker ziemlich stiefmütterlich behandelt wird. Wir haben die Vorzüge des kleinen Werkes schon früher hervorgehoben und sehen, daß wir nicht zu viel gesagt hatten. Das Buch hat mit Recht bei weitesten Kreisen Anklang gefunden, und der Erfolg wird ihm sicher auch künftig treu bleiben. Grätzer.

H. B. Sheffield. **Modern Diagnosis and Treatment of Diseases of Children.** Philadelphia. F. A. Davis Company.

Kurz, aber sehr anschaulich und klar schildert der Autor die Diagnose und Behandlung der einzelnen Krankheitsformen. Man ist oft erstaunt, wie es ihm gelingt, mit wenigen Worten selbst schwierigere Kapitel darzustellen. Dazu kommen über 200 sehr schöne Abbildungen, die dem — überhaupt äußerst splendid ausgestatteten — Werke zur Zierde gereichen und eine vortreffliche Ergänzung des Textes bilden. Alles in allem, ein Buch, das besonders dem praktischen Arzte warm zu empfehlen ist; einem Autor, der es ins deutsche übertrüge, würden wir gewiß dankbar sein. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Beerholdt, A., Über epidemisch auftretende Appendizitis in einer Erziehungsanstalt (Leipzig). — **Behrend, Ch.**, Über den Wert der Pirquetschen Kutanreaktion bei Kindern (Heidelberg). — **Borkewitsch, W.**, Scharlach und Erysipel (Berlin). — **Cassel, J.**, Morbilli sine exanthemate (Freiburg). — **Haertell, G.**, Zur Frage der Thymustode (Greifswald). — **v. Heuss, H.**, Zwangsvorstellung in der Pubertät unter besonderer Berücksichtigung mittelalterlicher Verhältnisse (Berlin). — **Huster, J.**, Zur Kenntnis der Lingua geographica im frühen Kindesalter (München). — **Klatt, R.**, Die prophylaktische Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoica der Neugeborenen mit Argent. aceticum und Sophol (Leipzig). — **Reischig, L.**, Statistische Beobachtung über konegenitale Lues (München). — **Schoenfeld, S.**, Über den akuten Retropharyngealabszeß im Kindesalter (Heidelberg). — **Sonnenschein, L.**, Über Nabelinfektion und eine neue Okklusionsmethode in der Nabelwundbehandlung (Bonn).

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— **Steinberg, Sch.**, Über das Stillen in der Universitäts-Frauenklinik zu Straßburg (Straßburg). — **Vogel, K.**, Über Bantische Krankheit und Leberzirrhose im Kindesalter (München). — **Voss, A.**, Über angeborene Spaltbildungen der Wirbelsäule (München). — **Winkler, H.**, Eine angeborene Zwerchfellshernie mit bemerkenswerten Mesenterialverhältnissen und anderen Besonderheiten (München). — **Zübert, F. W.**, Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des offenen Meckelschen Divertikels.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Am 8. März tagte in der Kaiser-Wilhelms-Akademie der Vorstand und die Sachverständigen-Kommission des **Volksheilstättenvereins vom Roten Kreuz** unter dem Vorsitz von Exzellenz v. d. Knesebeck und Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Kirchner zur Beratung über die Bekämpfung der Kindertuberkulose. Den ersten Gegenstand der Tagesordnung bildete die Stellung der Gemeinden zur Kinderfürsorge bei der Tuberkulosebekämpfung. Als erster Redner sprach hierzu Prof. Dr. Nietner. Die deutschen Anstalten für kranke und kränkliche Kinder besitzen insgesamt 8000—8500 Betten. Hierzu kommen noch die Ferienkolonien. Für die eigentliche Behandlung der Tuberkulose sind etwa 20 Anstalten vorhanden mit fast 1000 Betten, von denen allein auf Hohenlychen 280 entfallen. Neuerdings gehen immer mehr Gemeinden dazu über, eigene Anstalten zu errichten; dadurch werden die Wohlfahrtsanstalten in ihrer Existenz gefährdet. Nach Nietners Ansicht genügen die bestehenden Tuberkuloseheilstätten für Kinder annähernd dem derzeitigen Bedürfnis, die Errichtung eigener Anstalten durch die Gemeinden ist wenig zu empfehlen, da diese auch nicht besser sein können, aber erfahrungsgemäß viel teurer wirtschaften. Steigt das Bedürfnis, so kann ohne große Kosten in Sommeranstalten ein Winterbetrieb eingeführt werden. Das Deutsche Zentralkomitee hat sämtliche Heilstätten gebeten, seiner Geschäftsstelle laufend die Zahl der leeren Betten bekannt zu geben. Dadurch wird eine Auskunftsstelle geschaffen, von der aus Angebot und Nachfrage in einfachster Weise reguliert werden können. Reichstagsabgeordneter Dr. Mugdan behandelte die Frage von der wirtschaftlichen, sozialpolitischen und gesetzlichen Seite. Was die Landesversicherungsanstalten den Erwachsenen leisten, müssen die Gemeinden für die Kinder tun, denn diesen gegenüber bietet die soziale Versicherung nur sehr geringe Möglichkeiten. Freilich liegt eine strenge gesetzliche Pflicht für die Gemeinden nicht vor, ein klagbares Anrecht Armer auf die Heilstättenbehandlung besteht nicht. Die vielfach erwähnte Entscheidung des Bundesamts für das Heimatwesen kann nicht herangezogen werden, da sie nur auf Streitfälle zwischen mehreren Gemeinden zutrifft. Eine Verbilligung durch eigene Anstalten der Gemeinden ist ebenfalls nicht zu erwarten. Wird durch die Notlage der Gemeinden der Bestand der Heilstätten gefährdet, dann entsteht ein allgemeiner Notstand, dem der Staat abhelfen muß. Das ist möglich durch § 45 des Invaliditätsgesetzes, der Aufwendungen aus dem Sondervermögen der Anstalten zur Erzielung wirtschaftlicher Vorteile für die Versicherten gestattet, und ferner durch die preußischen Dotationsgesetze von 1873. Wie durch sie jetzt schon Provinzialverbände Mittel für Blinden- und Taubstummenfürsorge erhalten, so muß ein gleiches für die tuberkulösen Kinder geschehen. Hierauf berichteten Prof. Dr. Pannwitz und San.-Rat Dr. Fränkel über die Fortbildungsschulen in Hohenlychen. Diese sind eingerichtet worden, damit die aus der Heilstätte entlassenen Kinder zunächst noch für längere Zeit in ländlicher Umgebung eine Ausbildung erhalten, die sie zu einem Beruf befähigt, der wenig zur Tuberkulose disponiert und für einen schwächlichen Körper geeignet ist. Die bisherigen Versuche sind so günstig ausgefallen, daß man Mittel zur Verfügung gestellt bekommen hat, um die nötigsten Gebäude zu errichten und zunächst für drei Jahre den Versuch fortzuführen. Schließlich sprach Geheimrat Heubner über die Trennung von offener und geschlossener Tuberkulose in Kinderheilstätten. In den ersten zwei Lebensjahren ist die Sterblichkeit an Tuberkulose größer als in irgendeinem Lebensalter. Die Ansteckung erfolgt meist durch die beim Sprechen und Husten der Erwachsenen umhersprühenden Tröpfchen. Da Säuglinge und kleinere Kinder überhaupt noch nicht zu einer Hygiene des Hustens zu erziehen sind, so bedarf es hier dringend der Isolierung. Eine beson-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dere Form der Tuberkulose bildet sich bei der sogenannten lymphatischen Diathese aus, bei der die Tuberkelbazillen sich besonders in den Lymphdrüsen ansammeln. Hierdurch entsteht das mit Skrofulose bezeichnete Krankheisbild. Durch Durchbruch in die Luftröhrenverzweigungen kann auch hier später offene Tuberkulose entstehen. Da die Zahl der Kinder mit offener Tuberkulose nicht sehr groß ist, so läßt sich in größeren Anstalten die Isolierung ohne große Kosten bewerkstelligen, während kleinere Kinderanstalten offene Tuberkulose grundsätzlich zurückweisen sollten. An den ersten und letzten Vortrag schloß sich eine lebhafte Diskussion an.

Charlottenburg. Die Geschäftsverteilung beim **Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche** ist neuerdings wie folgt geregelt. Das Fürsorgeamt der Stiftung, das im engen Zusammenhange mit der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, sowie mit der Preußischen Landeszentrale und der neubegründeten Hauptstelle für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Groß-Berlin stehen wird, ist dem bisherigen Direktor Prof. Dr. Keller, die Leitung der klinischen und wissenschaftlichen Abteilung dem bisherigen Oberarzt und stellvertretenden Direktor Prof. Dr. Langstein übertragen worden. Zu Oberärzten und Abteilungsvorstehern wurden bestellt der bisherige Hilfsarzt Dr. Bahrdt und der bisherige Oberarzt in der Universitätskinderklinik der Charité Dr. Rott.

Berlin-Weißensee. Am Säuglingskrankenhause ist Dr. Ledermann zum leitenden Arzt der Abteilung für hautkranke Säuglinge und Dr. W. Buttermilch, Oberarzt an der Weißenseer Säuglingsklinik (außer Dr. J. Peiser, Oberarzt an der Berliner Säuglingsklinik) zum Oberarzt gewählt. Zum ärztlichen Direktor ist der diriglerende Arzt der Berliner Säuglingsklinik, Dr. Julius Ritter, gewählt worden.

Schöneberg. Dr. Gettkant (Königsberg) und Dr. Helbich (Rummelsburg) sind zu **städtischen Schulärzten im Vollamte** und zu Assistenten der beiden städtischen Fürsorgeanstalten gewählt.

Friedrichsfelde. Die Gemeindevertretung hat beschlossen, in der Mädchenschule **orthopädischen Turnunterricht** einzuführen. Um bedürftige Kinder während der Schulzeit mit warmer Milch erquicken zu können, wurden für jede Schule 200, für Schülerwanderungen je 100 Mk. ausgeworfen.

Freiburg. Priv.-Doz. Dr. Schelble ist zum Leiter des Bremer Kinderkrankenhauses gewählt.

Hamburg. Die Bürgerschaft hat für eine **Säuglingsstation** am Kinderspital 100000 Mk. bewilligt.

Düsseldorf. Der Verein für Säuglingsfürsorge veranstaltet in der Zeit vom 19.—24. Juni einen unentgeltlichen **Fortbildungskursus in der Milchhygiene**, unter Leitung von Prof. Dr. Schlossmann. Einschreibgebühr 10 Mk. Alles Nähere durch die Geschäftsstelle Düsseldorf, Werstenerstraße.

Hagen. Die Stadt hat 150000 Mk. für Errichtung eines **Kinderheims** erhalten.

Königsberg i. Pr. Ein Verein zur Errichtung einer **ostpreußischen Krüppel-Heil- und Lehranstalt** hat sich gebildet.

Plauen i. V. Die Stadt hat die Einführung des **orthopädischen Turnunterrichts** in den Volksschulen beschlossen.

München. Der Rothmundsche Unterstützungsverein für arme Augenkranke hat am 12. April in Bad Tölz den Grundstein zu einem **Genesungsheim für arme augenkranke Kinder** gelegt, das den Namen „Prinzregent Luitpoldheim" führen wird. — Von dem Erträgnisse der Landessammlung werden nach dem Wunsche des Prinzregenten 500000 Mk. für die Errichtung einer Landesheilstätte für **tuberkulöse Kinder**, 500000 Mk. für Zwecke der **Jugendfürsorge** verwendet werden.

Nürnberg. Dr. Hermine Maas ist als erste bayrische **Schulärztin** angestellt worden.

Amsterdam. Vom 9.—11. Juni tagt hier die **Niederländische Vereinigung für Pädiatrie**. Alles Nähere durch Prof. Scheltema (Groningen).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. Juni 1911. Nr. 6.

I. Originalbeiträge.

Welches Nahrungsregime verdient für den praktischen Arzt den Vorzug in den Fällen von Ernährungsstörungen der Kinder, wo über die ernährungsphysiologische Ursache noch Ungewißheit besteht?

Von

Dr. **Julius Baedeker,**

Kinderarzt in Berlin.

In allen den Fällen, wo der Säugling auf die unersetzbare Ernährung durch die eigene Mutter aus irgend welchen Gründen verzichten muß und die am häufigsten als Ersatz hierfür herangezogene Ernährung mit zweckmäßig verdünnter Kuhmilch versagt, unterliegt es keinem Zweifel, daß Ammenmilch, wenn auch nicht unfehlbar, für die Beseitigung aller Ernährungsschwierigkeiten noch die sicherste Gewähr bietet.

Aus bekannten und schon genugsam erörterten Gründen bleibt die Durchführbarkeit der Ernährung mit Ammenmilch leider oft nur ein frommer Wunsch und ergibt sich für den Arzt die große Frage der Wahl unter den zahlreichen fabrikmäßig hergestellten Säuglingsnährmitteln. Nicht nur, daß sie wohl alle autoritative Empfehlung genießen, erschwert diese Wahl, sondern in noch höherem Maße der Umstand, daß diejenigen vier dieser Präparate, die gerade nach Angaben von Autoritäten hergestellt werden, in den nahrungsphysiologischen am weitesten voneinander abweichen.

Professor Biederts Ramogen, Professor Soxhlets Nährzucker bzw. Liebigs Suppenpulver, Finkelsteins Eiweißmilchkonserve und von Merings ODDA! Bei den drei erstgenannten Präparaten wird jedem unter quantitativer Herabsetzung des einen Nahrungsbestandteils ein anderer besonders reichlich zum Ersatz des entzogenen gegeben; und merkwürdigerweise ist dieses besonders reichlich gegebene Nahrungselement bei jedem der ersteren drei Präparate ein anderes. Bei Biedert ist das Fett besonders reichlich vertreten, bei Soxhlet bzw. Liebigs Suppenpulver die Kohlehydrate, in Finkelsteins Eiweißmilch, das neueste der genannten Präparate, die Eiweißbestandteile. Von ihnen unterscheidet sich von Merings ODDA dadurch, daß sie alle diese drei verschiedenen Nahrungselemente, aber nicht nur in einem den drei vorher genannten gegenüber quantitativ ab-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weichenden Verhältnis enthält, sondern auch eigenartig hinsichtlich der qualitativen Natur, insbesondere der Fett- und der Eiweißbestandteile.

Nun wird gewiß der an Spezialkenntnissen und Erfahrungen reiche Kinderarzt seine Freude haben, wenn der Erfolg ihm beweist, daß er das Richtige getroffen hat, wenn er das eine Mal eine fett-, das andere Mal eine kohlehydrat-, oder schließlich eine eiweißreiche Nahrung angeordnet hat. In schwierigerer Lage aber ist der praktische Arzt. Es soll nicht gesagt sein, daß die Grundlage für eine solche Auswahl unter den Nährpräparaten, die Untersuchung auf die Ausnützung der einzelnen Nahrungsstoffe für ihn eine Unmöglichkeit ist; sie ist vielmehr leichter, als er sich sie vorstellt. Jedoch in praxi, besonders auf dem Lande, liegen die Verhältnisse oft so, daß der Arzt aus irgendwelchen äußeren Gründen eine Stuhluntersuchung nicht vornehmen kann, eine funktionelle Prüfung an der Torheit der Eltern scheitert und er einen Ausweg, von der Not gezwungen, einfach haben muß. Da kann er nur ein Präparat für zweckmäßig halten, das nach jeder Richtung hin, 1. für den Fall der gestörten Fettverdauung, 2. für den der gestörten Eiweißverdauung und 3. für den der gestörten Kohlehydratverdauung in gleicher Weise jeden Fehler möglichst ausschließt.

Als solches Präparat aber ist von Merings ODDA anzusehen, die in genialer Weise den erwähnten Schwierigkeiten entgegenkommt. von Mering erkannte nämlich, daß in der Mehrzahl aller Ernährungsstörungen, denen die Unverdaulichkeit eines oder mehrerer Nahrungsbestandteile der Kuhmilch zugrunde liegt, nicht dieser Nahrungsstoff im Sinne seiner allgemeinen chemischen Benennung, sondern nur im Sinne seiner in der Kuhmilch vorhandenen Spezifität unheilbringend ist.

Mit andern Worten, von Mering betonte, daß in zahlreichen Fällen gestörter Fettverdauung nicht Fett in chemisch allgemeiner Gültigkeit ungenügend verarbeitet wird, sondern nur in seiner spezifischen Eigenschaft, hier also als Butterfett schädlich wirke. In seiner ausgezeichneten Arbeit über ODDA „Zur Frage der Säuglingsernährung", Therapeutische Monatshefte April 1902, führt er dies näher aus und weist darauf hin, daß in solchen Fällen gestörter Fettverdauung eben das spezifische Milchfett gewisse Schädigungen — er nennt besonders den Buttersäuregehalt — bringe, die anderen Fetten nicht zukämen. Deshalb eliminiert von Mering aus der ODDA das Milchfett völlig und ersetzt es durch das Fett der Kakaobutter und des Eigelbs, zweier Fette, die ähnlich wie das der Muttermilch flüchtige Fettsäuren nur in Spuren enthalten. Außer diesen beiden für die Säuglingsernährung vorher noch nicht in Betracht gezogenen Fetten, deren Wert vielleicht weniger in dem nur spurenweisen Gehalt an flüchtigen Fettsäuren, als vielmehr in ihrer „Spezifität" im allgemeinen liegt, erhält von Merings Präparat neben den für die Säuglingsernährung in Säuglingsnährpräparaten sonst üblichen Eiweißstoffen durch die Verwendung des Eidotters gleichzeitig auch eine neue Gruppe besonders leicht verdaulicher Eiweißkörper, unter denen namentlich das an organischem Phosphor und Eisen reiche Vitellin besonders

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auffällt, von dem in neuerer Zeit zu besonderen Ehren gelangten Lezithin des Eidotters an dieser Stelle nicht zu reden.

Abgesehen von diesen auf physiologischen Folgerungen beruhenden Vorschlägen und Versuchen von Merings zur Vervollkommnung einer Säuglingsnahrung stellte er sich seinerzeit noch die Aufgabe, das Verhältnis von Kasein und Albumin in seinem Präparat ähnlich demjenigen der Muttermilch zu gestalten, und er erreichte dieses durch ein entsprechendes Mischungsverhältnis von Milch und Molke. Hierdurch wurde, wie von Mering fand, gleichzeitig erreicht, daß das Laktalbumin bei der Eindampfung der Flüssigkeit in seinem genuinen Zustande erhalten blieb.

Dieses Beginnen war nach den damaligen Anschauungen über die Verdaulichkeit von Kasein und Albumin gerechtfertigt. Da jedoch nach den Lempp und Langsteinschen Versuchen[1]) Unterschiede in der Verdaulichkeit der Eiweißstoffe der Kuhmilch nicht bestehen, ferner auch von autoritativer Seite Bedenken gegen die Kuhmilchmolke erhoben werden, ist das diesbetreffende von Meringsche Fabrikationsprinzip fallen gelassen worden. Diese mir von der Fabrik mitgeteilte Änderung des ursprünglichen von Meringschen Rezeptes ist bisher in der Fachliteratur nicht erwähnt und möchte ich sie darum an dieser Stelle ausdrücklich betonen.

Die Kohlehydrate des Präparates bestehen zu $^1/_4$ aus Milchzucker; die übrigen $^3/_4$ aus anderen unter sich verschiedenen Kohlehydraten, von denen die Stärke teils aufgeschlossen und der größeren Menge nach durch Diastase in Malzzucker und Dextrin umgewandelt ist.

In dem niedrigen Milchzuckergehalt ist ein Zweckmäßigkeitsprinzip zu erblicken, dessen Bedeutung Würdigung verdient, nachdem neuerdings nachgewiesen ist, daß der Milchzucker besonders leicht die durch Kohlehydrate bedingten Schädigungen — das sogenannte Zuckerfieber — auslöst.

Diese Erscheinung, sowie die von Helbich beobachtete, daß seine eigens präparierte, fettreiche Milch in einer Reihe von Fällen[2]) erst dann zu einem Ansatz und dauerndem Gewichtsanstieg führte, nachdem ein teilweises Vertauschen des Milchzuckers mit einem anderen Kohlehydrat stattgefunden hatte, scheint mir ein hier ausdrücklich zu betonender Beweis für die Rolle zu sein, welche die Spezifität verschiedener Nährstoffe bei an sich, d. h. der chemischen Bezeichnung nach, gleichen Nahrungselementen häufig spielt und auf die von Mering, wenigstens soweit der Fettersatz in den Säuglingsnährpräparaten in Frage kommt, als erster hingewiesen hatte. Die Pädiatrie kann darum sehr wohl seinem praktischen Blick gepaart mit großem, physiologischem Verständnis die Anerkennung dafür zollen, daß er ihr ein von der Natur der älteren Säuglingspräparate in so vielen Momenten abweichendes und gerade darum bewährtes Präparat

---

[1]) Beiträge zur Kenntnis der Einwirkung des Magensaftes auf Frauen- und Kuhmilch. (Aus der Univers.-Kinderklinik der Kgl. Charité, Direktor Geh.-Rat Heubner.) Jahrb. f. Kinderheilk. 1. September 1909.

[2]) Die Bedeutung der Molkenreduktion für die Ernährung junger Säuglinge. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg, Oberarzt Dr. Erich Müller.) Jahrb. f. Kinderheilk. 1910. Heft 6.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschaffen hat, auch wenn von Mering kein Spezialist der Kinderheilkunde gewesen ist.

Außer der besprochenen Arbeit von von Mering selbst, berichten über die praktischen Resultate die Arbeiten von Brüning, von Erich Müller, von Goliner und von Schlesinger, je eine im Jahre 1905 uud 1906.

Die Zweckmäßigkeit der Nährstoffzusammensetzung der ODDA wurde auch von Professor Zuntz, in dem in der „Therapie der Gegenwart" Dezembernummer 1900, abgedruckten Bericht über die Untersuchungen seiner Schüler Cronheim und Müller[1]) nachgewiesen.

Die Zuntzschen Versuche ergaben nun, daß in bezug auf die biologischen Faktoren der Zellernährung ODDA äußerst günstig dasteht, und daß diese biologische Hochwertigkeit vor allem darin zu finden ist, daß die Fettstoffe und die Eiweißstoffe aus den Fetten und Eiweißen des Hühnereies zum großen Teil bestehen. Die günstige Stellung der ODDA in den Zuntzschen Versuchen bzw. das Wachstum des Knochen- und Nervengewebes ist insbesondere darauf zu beziehen, daß sie in dem Vitellin und Lezithin zwei leicht assimilierbare, phosphorhaltige Nährstoffe enthält.

Bei meinen Versuchen sagte ich mir, daß ausgezeichnete Bekömmlichkeit einer Nahrung auch in hunderten von normalen Fällen so gut wie gar nichts beweist. Erst in den Fällen, wo der allgemein übliche Ersatz der Muttermilch, die Ernährung des Kindes mit Kuhmilch, versagt, erweist es sich, ob eine Kindernahrung wirklich im heutigen Sinne eine zweckmäßige ist.

Ich greife von insgesamt 28 ähnlichen Versuchen hier diejenigen heraus, die für eine Anzahl ähnlicher typisch oder an sich besonders charakteristisch waren. Es handelt sich dabei um Fälle, wo die Spezifität der Ernährungsstörung besonders bezüglich der Frage, ob es sich mehr um eine Fett-, oder mehr um eine Kohlehydratstörung handelt, mit den dem praktischen Arzt üblichen Methoden nicht so ohne weiteres festzustellen war.

Fall 1. Berta Z., 5 Wochen alt, anämisch aussehendes Kind. Gewicht am 25. X. 1910 3420 g, erhielt zuletzt vor der Behandlung zu unregelmäßigen Zwischenräumen, jedoch im ganzen 8 mal in 24 Stunden 4 Strich Kuhmilch, 4 Strich Wasser, jedesmal mit einem leicht gehäuften Teelöffel Milchzucker, gleich 6 g zu rechnen. Tägliche Kalorienzahl war also: 15 Strich Milch gleich 250 g gerechnet — bei 32 Strich also 360 Kalorien, an Milchzucker gleich 560 Kalorien. Stuhlentleerung 4—5 durchschnittlich pro die, schleimig-wässerig mit gelblich-grüner Grundfarbe, weißen beigemengten Flocken und saurer Reaktion. In 14 Tagen hat das Kind 500 g an Gewicht bei dieser Ernährung verloren.

Die Kalorienberechnung ergibt, daß das Kind pro Kilo Körpergewicht 164 Kalorien erhält. Es ist also eine Überernährung vorhanden, die zu Zellüberreizung, sei es der Darm-, der Körperzellen, sei es beider führt. Es werden Nahrungsreduktionen vorgenommen.

Die nachgewiesen gut verarbeitete Kuhmilchmenge betrug pro Tag mindestens 250 g, wahrscheinlich mehr, da die Schädigung, die bei höheren Kalorienangaben entstand, mindestens zu gleichen Teilen dem Milchzuckerzusatz zuzuschreiben war.

---

[1]) Versuche über den Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings. Zeitschrift f. diätet. u. phys. Therapie. April und Mai 1902.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zunächst wurde versucht, ob — ohne die Kuhmilchmenge von 250 g zu überschreiten — es möglich war, allein durch Zusatz der nötigen ODDA-Suppe die zum Wachstum erforderliche Kalorienzahl zu erreichen, innerhalb der Grenze bleibend, wo der durch die Ernährung gesetzte Zellreiz in die „paradoxe Reaktion" umschlug. Es wurden deshalb 45 g gleich 3 Eßlöffel ODDA mit 450 g Wasser gemischt und diese ODDA-Wassermischung zunächst in solcher Menge der pro die mindestens erlaubten Kuhmilchmenge von 250 g zugesetzt, daß die von uns bei der Milch-Zucker-Wasserernährung erreichte Grenze von 90 Kalorien pro Kilo und pro Tag gleichfalls erreicht waren. Es war dazu erforderlich, da die 250 g Milch 175 Kalorien entsprechen, die nötige Gesamtkalorienmenge bei 3,42 kg und 90 Kalorien aber 310 Kalorien beträgt, ein Zusatz von 135 Kalorien durch ODDA-Suppe. Da 1 g ODDA gleich 4,8 Kalorien ist und 45 g ODDA, also fast genau 200 Kalorien in der erwähnten ODDA-Suppe von 450 g enthalten sind, mußte pro die zu den 250 g Milch noch 300 g ODDA-Suppe obiger Mischung zugefügt werden, um 90 Kalorien zu geben. Bei dieser Mischung von 250 g Milch und 300 g $^1/_{10}$ ODDA-Suppe waren die Stuhlgänge sehr gut, salbenförmig bis dickbreiig, 2—3 pro Tag und von etwa mehr brauner Farbe. Das Körpergewicht blieb sich von Tag zu Tag ziemlich gleich. 2 mal zeigte sich ein täglicher Ansatz von 20 bzw. 30 g innerhalb 8 Tagen. Nun wurde die Milchmenge von 250 g beibehalten, die $^1/_{10}$ ODDA-Suppe von Tag zu Tag vermehrt unter Kontrolle des täglichen Gewichtes, der Stühle und der Temperaturschwankungen. Als das Kind 100 Kalorien pro Tag erhielt, war eine Gewichtszunahme zu erkennen, die bei dieser Zahl konstant blieb. Als das Gewicht die Zahl 3700 erreicht hatte, wurde $^1/_4$ Liter Milch und $^1/_2$ Liter $^1/_{10}$ ODDA-Suppe gegeben pro die, was einer Gesamtkalorienzahl von 400 Kalorien oder 108 Kalorien pro Kilo Körpergewicht entspricht. Diese 108 Kalorien hatten nun einen wöchentlichen Ansatz von 150 bis 180 g zum Körpergewicht zur Folge. Nach dem Prinzip dieser Kalorienzahl von 108 wurde die Nahrung nun wochenlang weitergegeben in der Weise, daß das Verhältnis der Milchmenge zu der Menge der $^1/_{10}$ ODDA-Suppe von jetzt ab 1 : 2 blieb, so daß also von nun an der Vermehrung der ODDA-Suppe auch eine solche der Milch entsprach. Nach diesem Prinzip habe ich 2 Monate lang die Ernährung beobachtet; das Wachstum blieb konstant, ohne eine Störung zu erfahren, und im Alter von $^1/_4$ Jahr wog das Mädchen 4620 g, im Vergleich zu 3420 g bei Beginn der ODDA-Ernährung im Alter von 6 Wochen.

Nach dem hier bei Fall 1 geschilderten Prinzip wurde bei den übrigen Fällen analog vorgegangen, so daß weiterhin die Detailschilderung sich erübrigt.

Fall 2. Walter B., 7 Wochen. Mit Nestleschem Mehl ohne Milch ernährt. Kalorienmenge der Nahrung auf 115 berechnet. Trotzdem deutliche Gewichtsabnahme. Stuhl gelblich-schleimig. 5 mal am Tag mit Beimengung weißer Stücke. Stuhl bleibt schlecht bei Reduktion der Nahrung bis auf 60 Kalorien bei gleichzeitiger Teegabe. Nun wird 2 Tage lang unter gleichzeitiger Darmspülung mit Tanninwasser Tee allein gegeben, in solchen geringen Quantitäten, wie sie zum Durststillen erforderlich sind, bis nur 2 Stühle täglich, noch etwas wässerig, aber besser wie bisher, stattfinden. Alsdann zuerst ODDA-Suppe — $^1/_{10}$ ODDA : Wasser ohne Milch entsprechend 80 Kalorien pro die und Körpergewicht. Stuhlgang bessert sich zusehends weiter, wird dickbreiig-salbig, von bräunlicher Farbe, Schleimbeimengung hört auf. Nun Beimengung von $^1/_4$ Milch im Verhältnis zum Gesamtquantum zu der $^1/_{10}$ ODDA-Suppe, so daß pro die 95 Kalorien gegeben werden.

Während bei 80 Kalorien bei allgemeinen Gewichtsstillstand hier und da noch Gewichtsabnahmen zu verzeichnen waren, ist bei 95 Kalorien geringe Zunahme — in einer Woche 60 g — festzustellen. Nun wird das Verhältnis $^1/_3$ Milch und $^2/_3$ ODDA-Suppe gegeben, so daß Tag für Tag steigend 105 Kalorien erreicht werden. Stuhl bleibt salbig-dickbreiig, 2—3 mal pro Tag. Bei 105 Kalorien wird innerhalb 14 Tagen Gewichtszunahme von 220 g, erzielt. Nun Übergang von $^2/_5$ Milch zu $^3/_5$ $^1/_{10}$ ODDA-Suppe, so daß pro die 110 Kalorien gegeben werden. Jetzt wird 5 Wochen hierbei geblieben und durchschnittliche Gewichtszunahme von wöchentlich 145 g festgestellt. Im ganzen wiegt das Kind, das mit 7 Wochen 3530 g wog, mit 4 Monaten 4860 g.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 3. Frieda S., mit Buttermilchkonserve ernährtes 9 Wochen altes Kind. Da im Alter von 5 Wochen Kuhmilch-Hafermehlmischung nicht bekam, wurde genannte Nahrung gegeben und in den ersten 14 Tagen gut vertragen, jetzt seit 14 Tagen erneute Gewichtsabnahmen trotz 120 Kalorien Nahrung pro die und Körperkilogramm und seit 8 Tagen dünnflüssige Stühle, 7—8 täglich mit grünlichgelber Färbung. Die Nahrung wird herabgesetzt, für ordentliches Sterilisieren, regelmäßiges Einteilen usw. gesorgt und festgestellt, daß unter gleichzeitiger minimaler Tannigenbeigabe die Stühle nur noch 4 mal pro Tag und konsistenter erfolgen, wenn bis 80 Kalorien pro Tag heruntergegangen wird. Jedoch ist hierbei tägliche Gewichtsabnahme von 10—35 g festzustellen. Nun wird genau wie bei Fall 2 erst ein Tag über Teediät, dann einige Tage $^1/_{10}$ ODDA-Suppe ohne Milch gegeben, entsprechend 80 Kalorien pro die und Kilogramm Körpergewicht. Hierbei erfolgt weder Gewichtszunahme noch Abnahme, was eine Woche lang beobachtet wird. Stuhl 2—3 mal jetzt pro Tag, dickbreiig-salbig. Bei $^1/_4$ Milch $^3/_4$ ODDA-Suppe, so daß pro die und Körpergewicht 105 Kalorien erreicht sind, bleibt der Stuhl gut und ist eine Gewichtszunahme von 125 g in 10 Tagen nachweisbar. Bei Übergang von $^1/_3$ Milch $^2/_3$ ODDA-Suppe wird zu 110 Kalorien pro die und Kilokörpergewicht vorgeschritten und innerhalb von 3 Wochen in der 1. Woche 100 g, in der 2. Woche 195 g, in der 3. Woche 165 g Zunahme festgestellt. Bis zum Alter von 5 Monaten bei ODDA-Ernährung unter Beobachtung geblieben und wiegt mit 5 Monaten 5860 g gegen 3373 g mit 2 Monaten.

Fall 4. Alfred U., 11 Wochen alt. Gewicht 3200 g, sehr abgemagertes Kind mit dem Aussehen der Atrophie. Bis zum Alter von 3 Wochen bekam das Kind Brust und gedieh gut. Es mußte wegen Brustentzündung der Mutter abgesetzt werden und bekam bei der $^1/_4$ Kuhmilch- $^3/_4$ Wassermischung sofort Durchfall. Dann versuchte die Mutter ein Kindermehl, wobei der Stuhl besser wurde, das Kinder aber weiter abnahm. Es wird nun ein Tag Teediät eingeschoben, was ich beim Übergang zu einer anderen Nahrung für zweckmäßiger halte, als das direkte Wechseln, und darauf wird ODDA zunächst ohne Milch als $^1/_{10}$ ODDA-Wasserverrührung gegeben, in solchen Quanten, daß das Kind am 1. Tag pro die und Kilokörpergewicht 70 Kalorien, am 2. Tag 80 Kalorien, am 3. Tag 90 Kalorien $^1/_{10}$ ODDA-Suppe erhält. Der Stuhl bleibt dabei gut, 2—3 mal täglich, wird aber etwas bräunlich und die Konsistenz ist statt salbig mehr dickbreiig. Zunächst wird innerhalb 5 Tagen 90 Kalorien, $^1/_{10}$ ODDA-Suppe ohne Milch beibehalten und eine Zunahme von 90 g in den 5 Tagen festgestellt, im Gegensatz zu 110 g 12 Tagen bei Reisschleim-Milch-Ramogen-Ernährung. Da aber auch diese Gewichtszunahme nicht dem normalen Wachstum entspricht, 20—30 g pro die, wird durch Herstellung einer Mischung von $^1/_5$ Milch zu $^4/_5$ $^1/_{10}$ ODDA-Suppe die Ernährung von mir so gehandhabt, daß 100 Kalorien pro die und Kilo erreicht werden. Stuhlgang blieb von guter Konsistenz und Farbe, 2—3 mal pro Tag. Innerhalb der ersten 8 Tage dieser Nahrung 110 g, in der darauffolgenden Woche 150 g Gewichtszunahme. Dann wird $^1/_4$ Milch $^3/_4$ $^1/_{10}$ ODDA-Suppe 3 Tage lang gegeben und dann zu $^1/_3$ Milch $^1/_2$—$^2/_3$ $^1/_{10}$ ODDA-Suppe übergegangen und bei dieser Nahrung vorläufig geblieben, da der Stuhl hierbei gut bleibt. Die erreichte Kalorienzahl pro Tag und Kilokörpergewicht liegt zwischen 105 und 110 Kalorien. In 6 Wochen durchschnittlich Gewichtszunahme von wöchentlich 190 g festgestellt, das Kind wiegt bei so fortgesetzter Ernährung mit $5^1/_2$ Monaten 5150 g gegen 3200 g mit 11 Wochen.

Fall 5. Wilhelm F., $6^1/_2$ Monat, Gewicht 4150 g, sehr abgemagert, atrophisch aussehendes Kind, soll bei Geburt 7 Pfund gewogen haben und die ersten 5 Wochen an der Mutterbrust wenig zugenommen, doch jedenfalls nicht abgenommen haben. Da die Mutter aber ihre Milch nicht für nahrhaft genug hielt, ging sie selbst über zur Kuhmilch und Knorrs Hafermehlabkochung, anfangs 1 zu 2, später anders gemischt. Das Kind soll angeblich diese Milch besser wie die Brust genommen haben, anfangs auch etwas zugenommen haben, mit 5 Monaten aber habe das Kind angefangen dünnen Stuhl zu bekommen und trotz guten Weitertrinkens abzunehmen. Es wird der Versuch mit einer gehaltreicheren Nahrung gemacht, und zwar mit Allenburys Milkfoot, die ich gerade bei Fällen chronischer Ernährungsstörung oft bewährt finde. Allenburys Nahrung gehört zu den Vertretern der Fettpräparate milder Gattung. Sie ähnelt bezüglich der äußeren Verhältnisse von Eiweiß-, Fett- und Kohlehydraten der ODDA wohl am ehesten von allen andern Präparaten. ODDA enthält auf 100 Teile 4 Teile Wasser, 4 Teile Salze, 15 Teile

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eiweiß, 7 Teile Fett, 70 Teile Kohlehydrate. Allenbury hat auf 100 Teile 4 Teile Wasser, 4 Teile Salze, 10 Teile Eiweiß, 17 Teile Fett, 65 Teile Kohlehydrate.

Bei Steigerung über 90 Kalorien trat Stuhlgangsstörung ein, zwischen 70 und 90 Kalorien war Gewichtsabnahme vorhanden, und bei 70 Kalorien blieb eben das Gewicht das gleiche, ohne daß Wachstum eintrat. Trotz der rein äußerlich chemisch ähnlichen Beschaffenheit wurde ODDA dennoch versucht. Es wurde bei $^1/_5$ Milch $^4/_5$ $^1/_{10}$ ODDA-Suppe pro die und Kilokörpergewicht 90—95 Kalorien gegeben, in einer Woche wurde eine Gewichtszunahme von 105 g festgestellt, in einer 2. eine solche von 95 g. Nun wurde auf 105 Kalorien gestiegen, bei $^1/_4$ Milch und $^3/_4$ $^1/_{10}$ ODDA-Suppe, dabei war die Gewichtszunahme in 10 Tagen 90 g, in 10 Tagen 90 g, in weiteren 10 Tagen 70 g. Innerhalb von 1 Monat mit dieser Ernährung von 95—100 Kalorien pro die und Kilokörpergewicht war der Stuhl gleichförmig, salbig-breiig geblieben, erfolgte 2—3 mal pro die und war in der Zeit von 1 Monat eine Gesamtzunahme erfolgt von 510 g, $2^1/_2$ Monate beobachtete ich das Kind im ganzen bei der Ernährung. Das Kind, das mit $6^1/_2$ Monaten 4150 g gewogen hatte, wog mit einem Jahr zwar nicht mehr wie 5640 g. Es ist aber in Anbetracht dessen, daß ein Fall schwerer Dekomposition vorlag, dies als guter Erfolg trotzdem zu verzeichnen.

Fall 6. Elfriede E. 7—8 Wochen alt, soll seit Geburt so gut wie gar nicht zugenommen haben. Seit Geburt mit Hafermehl und Milch ernährt, erst $^1/_4$ Milch, $^3/_4$ Hafermehlabkochung, dann $^1/_3$ Milch, $^2/_3$ Hafermehlabkochung. Abwechselnd bei dieser Ernährung Stuhl gut, und dann wieder dünnbreiig-schleimig. Kalorienzahl berechne ich bei dieser Ernährung auf 115 pro Kilo und die. Wiegt mit 7—8 Wochen 4150 g. Ich gebe einen Tag Teediät mit Tannocoll, bis die Stühle fest sind, dann Reisschleim als Reismehlabkochung mit $^1/_5$ Milch 2 Tage und dann ersetzte ich, da die Stühle gut bleiben, die $^4/_5$ Teile Reisschleim durch $^4/_5$ Teile Nährzuckerlösung zu $^1/_5$ Milch. Nährzuckerlösung wie 1 : 12 also ca. 8 %.

Bei Änderung der Nährzuckerlösung in bezug auf Konzentration resp. Quantität unter gleichzeitiger Änderung des Milchquantums ergibt sich aus dem Befund der Gewichtszunahmen und des Stuhles, daß Steigerung des Nährzuckers über eine gewisse Grenze zu relativer Kohlehydrat-Schädigung, Steigerung der Milchmenge über eine gewisse Grenze zu Fettstühlen führt.

Innerhalb 6 Wochen solcher Ernährung stellt sich heraus, daß zwischen 90 und 100 Kalorien die günstigste Gewichtszunahme erfolgt, diese aber auch nicht auf die Dauer genügen kann; in 6 Wochen ist Zunahme insgesamt nur von 480 g erfolgt.

Nun wird unter Zugrundelegung der gefundenen größten Milchmenge, die ohne Auftreten von Fettstuhl, resp. ohne relative Kohlehydrat-Schädigung vertragen wurde, versucht, die Bildung der erforderlichen Kalorienmenge durch ODDA-Zusatz zu erhalten.

Das Kind erhielt bei $^1/_3$ Milch und $^2/_3$ ODDA-Suppe entsprechend 100—105, später sogar 108 Kalorien, eine Kohlehydratmenge, die im Gegensatz zu der Kohlehydratmenge bei der $^2/_3$ Nährzuckerlösung bei gleicher Kalorienzahl noch unter dem Toleranzmaximum für Kohlehydrate lag. Das hierbei gegebene Fettquantum war, das Milchfett zu 3,5 % gerechnet, wie leicht festzustellen war, 15 g pro die, entgegen 11 g Fett bei $^1/_3$ Milch- und 16,5 g Fett bei $^1/_2$ Milch-Nährzuckerlösung. Da nun diese 16,5 g Fett bei $^1/_2$ Milch deutlich das Maximum der Fettoleranz überschritten, ist kaum anzunehmen, daß die gute Verarbeitung der 15 g Fett in der so geringen Differenz des absoluten Fettquantums zu suchen ist. Wir können eine Erklärung für diesen Unterschied in der Toleranz zwischen den 16,5 g Fett bei $^1/_2$ Milch und $^1/_2$ Nährzuckerlösung und in den 15 g Fett bei $^1/_3$ Milch und $^2/_3$ ODDA-Suppe nur in einer einzigen Richtung suchen. Nämlich die Qualität des Fettes bei der Ernährung mit ODDA-Suppe war gerade bei dem in Betracht kommenden Differenzquantum — über 11 g — eine andere wie bei der Ernährung mit Milchnährzuckerlösung. In letzterem Falle hatten wir Milchfett, in jenem bestand das Mehr aus Eidotter- und Kakaofett. Die praktische Erfahrung zeigt also hier das gleiche, wie der oben erwähnte rein wissenschaftliche Versuch mit Zuntz.

Aus den 28 behandelten Fällen habe ich diese 6 Beispiele herausgegriffen, um das Prinzip zu zeigen, nach dem nach meiner An-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sicht bei solchen Feststellungen der richtigen Ernährung zu verfahren ist. Grade so bin ich auch bei meinen übrigen Fällen vorgegangen. Im ganzen waren darunter 8 Fälle von Bilanzstörung, 3 Fälle von Dyspepsie, 8 Fälle zwischen Bilanzstörung und Dyspepsie liegend, 5 Fälle von Dekomposition und 4 Fälle von Intoxikation. Nur in den letzteren versagte auch ODDA. Es bleibt eben dabei, daß hier nur die Frauenmilch, und leider auch diese nur selten, hilft.

Bei allen übrigen wegen Ernährungsstörung von mir behandelten Kindern ließ sich feststellen, daß von den verschiedensten in Anwendung gebrachten Nährpräparaten sich am besten und in der Mehrzahl der Fälle auch ausschließlich mittels ODDA eine Kalorienzahl erreichen ließ, die den guten Stuhlgang nicht störte, ein normales Wachstum erlaubte und doch unter dem Maximum blieb, bei dem die physiologische Reaktion der Zelle auf die Nahrung zu der paradoxen Reaktion umschlägt.

Dabei zeigte sich diese günstige Toleranz bei Ernährung mit ODDA sowohl — wie auch aus den Beispielen hervorgeht — in den Fällen, wo das Überschreiten der Toleranzbreite auf zu reichliche Fett- wie auch da, wo es auf zu reichliche Kohlehydratzufuhr zurückzuführen war.

Gerade hieraus geht nun hervor, daß für den Praktiker, dem eine spezielle Prüfung der ernährungsphysiologischen Ursache der Ernährungsstörungen nicht immer möglich ist, in Fällen des Zweifels, mit welchem Nahrungsregime er im jedesmaligen Falle am zweckmäßigsten vorgeht, in ODDA ein Präparat von nicht hoch genug zu schätzender Bedeutung gegeben ist, das ihn aus dem Wirrsal seiner vielen widersprechenden Erwägungen zum sicheren Ziele führt.

Dem Praktiker ist ODDA gerade in allen den Fällen unersetzlich, ob nun eine Indikation zu einer Fettnahrung oder zu einer Kohlehydratnahrung vorliegt. Wendet er hier ODDA an, so wird er, richtiges Verständnis für die Allgemeingrundlage aller Ernährungsstörungen vorausgesetzt, in beiden Fällen mit größter Wahrscheinlichkeit seines Erfolges sicher sein, während sonst ihn stets die bange Sorge drücken mußte, ob nicht gerade in vorliegendem Falle das von ihm gewählte Nahrungsregime kontraindiziert sei.

Auf Ernährungsstörungen infolge des Eiweißes ist hier nicht weiter eingegangen, da wir heute wissen, wie selten Eiweiß die Ursache solcher Erkrankungen ist. Im Vitellin aber besitzt ODDA wegen des Phosphors, der darin enthalten ist, einen für den Aufbau der Nervensubstanz sehr geeigneten Eiweißkörper. Zum Aufbau der Nervensubstanz ist auch wegen des Lezithingehaltes die Zusammensetzung der ODDA besonders zweckmäßig; auch die erwähnten Zuntzschen Versuche haben ja dargetan, wie sehr sowohl das Lezithin wie auch die übrigen Salze der ODDA den Knochenaufbau begünstigen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

E. Aschenheim, Über den Aschegehalt in den Gehirnen Spasmophiler. (Klinik Feer.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 7. S. 366.) A. untersuchte 5 Gehirne. Die Fälle bildeten im Leben eine steigende Reihe von Kindern mit normaler Erregbarkeit bis zu Kindern mit manifester Tetanie. Außerdem kamen die Gehirne zweier Hunde, denen die Epithelkörperchen vor einiger Zeit entfernt worden waren, und die Gehirne zweier normaler Kontrollhunde (demselben Wurfe entstammend wie die erstgenannten Tiere) zur Untersuchung.

Dabei ergab sich, daß bei klinischer wie bei der experimentell erzeugten Spasmophilie (Tetanie) eine Störung im Stoffwechsel derjenigen Salze besteht, die nach unserem heutigen Wissen für die Bewegungsfunktion wichtig sind. Das sind die Alkalien und Erdalkalien. Meist sind letztere vermindert, es können aber auch erstere vermehrt sein, endlich kann sich beides finden. Das Wichtigste und Typische für die Spasmophilie ist daher das Verhältnis von Alkalien zu den Erdalkalien bzw. ihren Salzen. Eine Veränderung des Gehaltes des Zentralnervensystems an jenen Salzen, die zu einer Vergrößerung des Quotienten Alkalien/Erdalkalien führten, löst den Symptomenkomplex Spasmophilie aus. Dabei ist eine ganz andere Frage, was zu dieser Störung im Salzstoffwechsel führt.

Die Untersuchung der Muskulatur der Tetanie- und Kontrollhunde ergab Verminderung der Erdalkalien in der Muskulatur bei den Tetaniehunden. Die Läsion der Epithelkörperchen führt also ganz im allgemeinen zu einer Verarmung des Körpers an Erdalkalien.

Schick.

H. Kleinschmidt, Hirschsprungsche Krankheit unter dem klinischen Bilde unstillbaren Erbrechens. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 7. S. 375.) Das Kind war 5 Monate bei der Brust, vollkommen normal entwickelt und gedieh auch nach Abstillen bei Ernährung mit Milchhafermehlmischung. Gegen Ende des 6. Monates trat Erbrechen auf, das alsbald trotz diätetischer Maßnahmen unstillbar wurde. Der Stuhl war dabei normal, das Abdomen nicht verändert. Der Magen war nach 3—4 Stunden leer befunden, enthielt keine freie Salzsäure. Röntgenuntersuchung des Darmes wurde versäumt, die Magenuntersuchung ergab normale Verhältnisse. Das Kind ging nach längerer Zeit an Inanition zugrunde. Bei der Obduktion ergab sich, daß ein großer Teil des Bauchraumes durch die S-Romanumschlinge ausgefüllt war. Sie reichte nach oben bis zum Duodenum, dem sie direkt auflag, und war um etwa 90° um ihr Mesenterium gedreht.

Daß in diesem Falle keine Obstipation zustande gekommen ist, führt K. darauf zurück, daß die Behinderung der Darmpassage nicht hochgradig genug war, d. h. die durch Achsendrehung bedingte Stenose wurde noch überwunden.

Am auffälligsten ist das Symptom des unstillbaren Erbrechens. K. erinnert daran, daß hochgradige Obstipation und Meteorismus

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erbrechen auslösen kann und daß durch weitere Versuche von Cohnheim und Dreyfus es bewiesen ist, daß Erbrechen auch durch Druck auf das Duodenum ausgelöst werden kann. K. meint nun, daß das unstillbare Erbrechen erklärt werden kann durch Druckwirkung der geblähten Flexur auf das Duodenum. Schick.

J. Bauer, Über eine Formel zur Beurteilung von Säuglingen in bezug auf ihren Allgemeinzustand. (Klinik Schloßmann.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9 Nr. 8 S. 383.) Als objektives Maß zur Beurteilung der Säuglinge in ihrem Entwicklungszustand gibt B. folgende Formel an:

$$\frac{G}{6(L+3T)} = x$$

wobei L Körperlänge in Millimeter, T Alter in Tagen, G Gewicht in Grammen bedeutet. Schick.

F. Steinitz und **R. Weigert,** Stoffwechselversuch an Säuglingen mit exsudativer Diathese. (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9 Nr. 8. S. 385.) Stoffwechselversuche an zwei Kindern. Bei dem einen Kind wurde in der Zeit vom 3. bis 66. Lebenstag fünf Versuchsperioden durchgeführt, beim zweiten Kind zwei Versuche in der Zeit vom 22. bis 15. Lebenstag. Die Kinder zeigten, abgesehen von einigen Manifestationen der exsudativen Diathese keine Störungen. Untersucht wurde der N- und Fettstoffwechsel und die Verteilung der einzelnen N-Komponenten im Urin. Es fand sich eine erheblich schlechte N- und eine ebenso schlechte Fettresorption. Parallel damit verlief die Körpergewichtskurve flach. Sollten sich diese Befunde weiterhin bestätigen, so spricht das für die Annahme Czernys, daß die exsudative Diathese eine Störung des Fettstoffwechsels mit sich bringt. Schick.

Th. Langaker (Christiania). Fünf Todesfälle an Diabetes mellitus bei Geschwistern im Alter von 4 bis 11 Jahren. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 5.) Gesunde Familie, bei welcher keine Krankheitsanlage irgendwelcher Art nachweisbar ist. Die Kinder sind von Anfang an gesund und munter, ja, sie scheinen von Gesundheit zu strotzen. Das Hauswesen ist wohlgeordnet, und die Kinder werden gut gepflegt. Plötzlich tritt die bösartige Krankheit auf und rafft in neun Jahren fünf der Kinder weg, die vier ersten im Laufe von vier Jahren.

Die Familie hat jetzt noch zwei Kinder am Leben — das siebente und achte — etwa sieben und fünf Jahre alt. Diese sind gesund. Grätzer.

F. Schmey (Beuthen O/Schl.), Über einen eigenartigen Fall von Purpura mit tödlicher Gehirnblutung im Kindesalter. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 7.) 8 jähriger Knabe mit skrofulösen Erscheinungen bekommt erst Zahnfleischblutungen. Ins Bett gesteckt, zeigt er bald Hautblutungen, auch eine starke Magenblutung stellt sich ein. Die Gelenke erweisen sich als völlig frei. Plötzlich wird er komatös und stirbt nach 4 Stunden im Koma.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Fall kann weder als Purpura simplex, rheumatica, abdominalis noch als reine Purpura haemorrhagica bezeichnet werden. Er bildet am ehesten einen Übergang zwischen der Purpura haemorrhagica und Purpura abdominalis. Grätzer.

D. v. Hansemann (Berlin), Ungewöhnlicher Fall von Lungensyphilis. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 2.) v. H. demonstrierte in der Hufelandischen Gesellschaft (8. XII. 10.) kongenitale Veränderungen in der Lunge eines Neugeborenen, der 5 Minuten gelebt hat. Die Veränderungen sind so schwer, wie sie v. H. bisher noch nie gesehen hat.

Die Lungen sind stark vergrößert, so daß sie das Zwerchfell nach unten gedrängt haben. Schon von der Außenseite sieht man geschwulstartige Bildungen darin, von denen die größten fast taubeneigroß sind. Auf dem Schnitt gleichen sie vollkommen derben Geschwülsten mit nur geringer regressiver Metamorphose. Sie sehen fast aus wie große Krebsmetastasen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, daß es sich um eine massige Entwicklung von Granulationsgewebe handelt, das an manchen Stellen in Bindegewebe übergeht. Um die Gefäße herum sind zirkuläre Wucherungen, die eine starke Verdickung der Gefäße herbeigeführt haben. In diesen Neubildungen finden sich Reste des Lungengewebes eingeschlossen, die aus drüsenartigen Räumen bestehen, geradeso wie man es auch in manchen Fällen der sogenannten Pneumonia alba findet. In den relativ intakten Partien der Lunge, von der nur sehr wenig übrig geblieben ist, sieht man ausgebildete Alveolen, deren Wandungen aber ungewöhnlich dick sind und in die sich feine Stränge des Granulationsgewebes hineinziehen. Während makroskopisch eine scharfe Grenze zwischen Geschwulstbildung und Lungengewebe zu sein scheint, so sieht man mikroskopisch, daß das eine in das andere ganz allmählich übergeht. Es handelt sich also tatsächlich nicht um zirkumskripte Gummositäten, sondern um diffuse Wucherungen, die an einer Stelle stärker aufgetreten sind als an der anderen. Außer diesen Erscheinungen bot das Kind noch andere syphilitische Veränderungen. An der Haut waren Pusteln vorhanden, die mikroskopisch die gleiche Struktur zeigten wie die Wucherungen in der Lunge. Die Milz ist vergrößert, auch die Leber etwas groß, aber ohne distinkte Wucherungen. Solche finden sich außerdem nur noch an einer kleinen umschriebenen Stelle des Myokards und an der Knorpelknochengrenze als Osteochondritis syphilitica. Grätzer.

M. Behr (Kiel), Zur Anwendung der kurzen Chloräthylnarkose. (Ebenda.) „Das Chloräthyl ist das Narkotikum für kurze Narkosen *κατ' εξοχήν*. Ich benutze es zur Parazentese des Trommelfelles, Entfernungen adenoider Wucherungen, Gaumenmandel, Inzisionen von Furunkeln und ähnlichen kurzdauernden Eingriffen. Das Gelingen hängt wesentlich von äußeren Dingen ab, vor allem von einer geeigneten Maske.

Diese muß einen möglichst großen Teil des Gesichtes frei lassen und nur Nase und Mund bedecken, damit jede Veränderung am

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patienten sofort auffällt und die schnell aufeinander folgenden Stadien der Narkose zu erkennen sind.

Die hiesige Instrumentenfabrik von Beckmann fertigt nach meinen Angaben eine zweckentsprechende Maske an.

Über ein der Esmarchschen Maske ähnliches Drahtgestell, dessen Grundring der Biegung der Roth-Drägerschen Maske nachgebildet ist, wird ein selbsthaltender Bügel gestülpt, der an zwei Stellen fest, bequem abzunehmen ist. Um diesen Bügel lege ich durch Zug an eingenähtem Bindfaden — wie bei der Esmarchschen Maske — ein Stück undurchlässigen Stoff, in welchem ein vor der Mundgegend des Patienten liegender Ausschnitt gemacht wird. Diese Öffnung wird von der Innenseite mit einem durchlässigen Gazestückchen bedeckt, und das Ganze wie ein Dach auf das Drahtgestell gestülpt.

Die Maske ist jetzt gebrauchsfähig. Bei der nächsten Narkose braucht man nur das kleine Gazestück zu erneuern, um eine saubere Maske zu haben. Auch die leicht zu erneuernden undurchlässigen Überzüge liefert die Fabrik gleich passend in beliebiger Anzahl.

Der den Überzug haltende Bügel und der Grundbügel des Drahtgestelles schließen nicht fest aufeinander und ermöglichen genügenden Luftzutritt.

Leider erst als ich schon eine große Reihe von Narkosen gemacht hatte, lernte ich die Herrenknechtschen Mitteilungen kennen. Auch er hatte schon auf die Notwendigkeit einer zweckmäßigen Maske durch Angabe einer Verbesserung unserer bisherigen aufmerksam gemacht.

Bei der intensiven Wirkung des Chloräthyls muß von vornherein jede Sturznarkose vermieden werden. Die Maske ermöglicht auch in einfacher Weise eine genügende Dosierung. Es wird ca. 1 ccm aus der Flasche mit Momentverschluß auf die Gaze der Innenseite verteilt, die Maske dann aufgelegt und von außen durch den Ausschnitt des Abdichtungsstoffes weitergegeben. In kleinen Intervallen schließt man die Ausschnittöffnung mit dem Finger und wartet den Verbrauch der aufgespritzten Menge ab.

Die Flasche hält man zweckmäßig nicht sehr weit entfernt — wie beim Vereisungsverfahren — da im Überschuß nicht so leicht Gefrierung des Äthyls eintritt.

Die Anästhesie stellt sich recht schnell ein, natürlich bei jedem anders. Feste Normen anzugeben, wie es versucht worden ist, halte ich für unmöglich, auch für unzwecknäßig. Ebensowenig wie man von anderen Narkotizis eine Wirkung innerhalb vorausbestimmter Zeit verlangt, soll man es hier tun.

Schon nach wenigen Atemzügen bemerkt man eine Abnahme der Puls- und Atemfrequenz, der Patient wird ruhig und befindet sich schon jetzt in einem Stadium, in welchem die Schmerzempfindung sehr abgestumpft ist. Dieses pränarkotisch-analgetische Stadium (Herrenknecht) kann man schon zweckmäßig für einen kurzen Eingriff (Adenotomie) benutzen.

Wird dasselbe übergangen, so tritt wenige Augenblicke später eine kurze Exzitation, darauf die eigentliche Narkose ein. Der Patient macht den Eindruck eines ruhig Schlafenden, reagiert nicht auf Anrufen oder Hautzwicken. Bei den ersten Narkoseversuchen sollte dieses

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stadium zur Operation gewählt werden, da im Anfange das pränarkotisch-analgetische leicht verkannt, die Narkose in Mißkredit bringen könnte.

Bei weiterer Applikation schwinden auch die Korneal- und Konjunktivalreflexe. Die Pupillen werden mäßig weit, dann enger. So tief habe ich bei meinen kurzen Eingriffen die Narkose fast nie ausgedehnt.

Die Tierversuche (König) haben gezeigt, daß bei tiefer Narkose die Pulsfrequenz und der Blutdruck abnahmen; es scheint eine zentrale Wirkung auf den Vagus einzutreten mit folgender Abnahme der Herztätigkeit und Entspannung der Gefäße. Es tritt aber bei den letalen Fällen zunächst eine Sistierung der Atmung und darauf erst das Aufhören der Herzaktion ein.

Puls und Atmung werden schneller im Stadium des Erwachens. Letzteres vollzieht sich wie das Einschlafen bei den verschiedenen Patienten verschieden. Die Kinder träumen oft Unangenehmes und rufen ängstlich nach der Mutter, geben aber regelmäßig später an, von der Operation nichts gefühlt zu haben.

Im ganzen werden die Kranken wenige Augenblicke nach Fortnahme der Maske wieder wach, fühlen sich wohl und können aufstehen. Die unangenehmen Nachwirkungen des Chloroforms und Äthers fehlen fast ganz. Halsoperationen, bei welchen Blut geschluckt wurde, folgt bisweilen Erbrechen, sonst fehlt auch dieses gewöhnlich, so daß die Patienten kurze Zeit nach ihrem Erwachen entlassen werden können.

Regelmäßige Untersuchungen während des ersten Tages nach der Narkose haben mir nie Veränderungen gezeigt.

Die Vorbereitung zur Narkose geschieht in der gleichen Weise wie bei Äther oder Chloroform. Ich habe in bei weitem überwiegender Zahl es bei Kindern — und hier in sitzender Stellung angewandt. Länger dauernde Narkosen wurden wiederholt mit Chloräthyl eingeleitet und mit Chloroform fortgesetzt, wie ich glaube, mit einer Ersparnis des letzteren.

Es sei noch hervorgehoben, daß eine gleichfolgende zweite kurze Narkose bei demselben Patienten schneller eintritt, als die erste. Auch Kinder lassen dies gerne geschehen, da das Mittel nicht übel riecht. Man kann auf diese Weise leicht, z. B. nach Exstirpation der Gaumenmandeln, die Blutung abwarten und nach wenigen Atemzügen von Chloräthyl die Rachenmandel entfernen, oder bei Entfernung von vielen Zähnen den Kranken zwischen einzelnen Extraktionen spülen lassen.

Als Hauptvorteile der kurzen Äthylchloridnarkosen sei demnach angeführt:

1. Die relative Ungefährlichkeit bei vorsichtiger Anwendung und Dosierung,

2. der verhältnismäßig angenehme Geruch, welcher besonders bei Kindern schätzenswert ist,

3. das Fehlen der Erstickungsgefühle und die Herabminderung des Exzitatationsstadiums,

4. der schnelle Eintritt der Anästhesie,

5. das schnelle Erwachen und fast gänzliche Fehlen von Nachwirkungen.

Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

G. Walcher, Weitere Erfahrung in der willkürlichen Beeinflussung der Form des kindlichen Schädels. (Münch. med. Wochenschrift. 1911. Nr. 3.) Bei dauernder Seitenlagerung wird der mesozephale Schädel dolichozephal, welcher Schädelindex für das ganze Leben sich zu erhalten scheint. Für die anthropologischen Messungen bedeutet dies, daß Lungen- und Breitenmaße des Schädels als Rassenkriterien unbrauchbar sind.

Wenn auch nachgewiesen werden sollte, daß gewisse Völker schon dolichozephale bzw. brachyzephale Kinder zur Welt bringen sollten, so ist doch die Differenzierungsmöglichkeit der Schädel nach der einen oder andern Richtnng durch Zufälligkeiten im 1. Lebensjahr eine so gewaltige, daß der angeborene Typus völlig verwischt werden kann. Wenn man also in einem prähistorischen Grab brachy-, meso- und dolichozephale Schädel nebeneinander findet, so ist daraus nicht auf eine Mischung einer dolichozephalen und brachyzephalen Menschenrasse zu schließen, sondern höchstens etwa darauf, daß die Leute, die vorher ihre Kinder in beträchtlicher Höhe, etwa auf straff gespannter Matte gepflegt hatten, um jene Zeit angefangen haben, ihre Kinder in niedriger stehendem, weicherem Neste zu halten. Grätzer.

Baisch, Der Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen. (Aus der Univers.-Frauenklinik München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1911. Nr. 5.) B. schildert einen mit Salvarsan behandelten Fall, aus dem hervorgeht, daß

1. die intravenöse Injektion der stillenden luetischen Mutter allein nicht genügt, um Säuglinge mit schwerer Lues zu heilen;
2. daß Kinder in der ersten Lebenswoche das Salvarsan selbst in größerer Dosis (2 mal 0,15 = 0,3 g) ausgezeichnet vertragen;
3. daß das Salvarsan imstande ist, selbst bei den malignen Fällen des angeborenen Pemphigus syphiliticus, die bisher unserer Therapie völlig trotzten und eine fast absolut letale Prognose ergaben, rasch Heilung zu erzielen. Grätzer.

F. Hamburger (Wien), Über Arterienrigidität im Kindesalter. (Ebenda.) Man begegnet einem erhöhten Arterientonus bei Kindern zwischen 8 und 14 Jahren schon sehr häufig. Dieser Tonus ist unter Umständen so hoch, daß man an Arteriosklerose oder an irgend eine Nierenschädigung denken könnte. Doch handelt es sich fast nie um Arteriosklerose, auch hängt der Zustand fast nie mit der Niere zusammen.

Genauere Beobachtung und Untersuchung solcher Kinder ergibt, daß es sich in den meisten Fällen um eine Teilerscheinung einer Nervosität oder Neurasthenie handelt. Man wird in den meisten Fällen, wo man solche „Rigidität" findet, auf Befragen erfahren, daß es sich um reizbare, erregbare Kinder handelt. Oft hört man Klagen über Kopfschmerz (Migräne) und über Herzklopfen. Solche Kinder zeigen gewöhnlich die verschiedenen Symptome erhöhter vasomotorischer Erregbarkeit: plötzliches Erröten bei Freude oder Schamgefühl, ebenso plötzliches Erblassen bei Angstgefühlen, Neigung zu kalten Händen und Füßen, zu Schweißen, besonders an den Extremitäten, leicht auftretendes allgemeines Kältegefühl, mehr weniger

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

starken Dermographismus. Ferner findet man oft den Pulsus irregularis respiratorius, d. h. Frequenterwerden während des Inspiriums, Langsamerwerden während des Exspiriums.

Endlich findet man bei solchen Kindern öfters lordotische Albuminurie, die ja nach der Ansicht vieler Autoren zum Teil auf einer Labilität der Vasomotoren beruht.

Es ist auffallend, daß dieser erhöhte Arterientonus ungefähr zur selben Zeit häufiger angetroffen wird, in der sich auch die nervösen Erscheinungen einstellen, nämlich im Schulalter. Es scheint, als ob die Schule mit den Folgen geistiger Anstrengung und stärkerer psychischer Erregung (Schulsorgen!) ganz besonders das Vasomotorensystem schädige. Dem entspräche auch die Tatsache, daß man die verschiedenen Symptome besonders häufig bei fleißigen, gewissenhaften, ehrgeizigen Schülern bzw. Schülerinnen findet.

Wie schon erwähnt, findet man palpable Arterienwände gewöhnlich erst jenseits des 6.—7. Lebensjahres; doch sei ausdrücklich betont, daß man in seltenen Fällen auch schon bei jüngeren Kindern diesen Zustand antreffen kann.

Die Arterienrigidität bei chronisch Kranken hat mit den hier kurz mitgeteilten Befunden bei neurasthenischen Kindern wohl nichts zu tun, wenn es sich vielleicht auch dort um erhöhten Tonus der Arterienmuskulatur handeln mag. Grätzer.

E. Welde, Erfahrungen mit Eiweißmilch. (Aus dem Städt. Säuglingsheim zu Dresden.) (Therap. Monatsh. Febr. 1911.) Die Erfahrungen waren recht günstige; man hatte bei schwer ernährungsgestörten Säuglingen unbedingt den Eindruck, daß mancher seine Reparation nur der Eiweißmilch verdankte und mit keiner der sonstigen Methoden der Reparation mit Kuhmilch Aussicht auf Heilung gehabt hätte.

Was die speziellen Erfolge anbelangt, so wurden behandelt:

25 Dyspepsien: 23 geheilt (bzw. gebessert), 2 ungeheilt (gegen Revers) entlassen;

20 Dekompositionen: 16 geheilt (bzw. gebessert), 4 tot;

3 Intoxikationen: 2 geheilt (bzw. gebessert), 1 tot;

8 parenterale-Infektionen: 6 geheilt (bzw. gebessert), 2 tot;

1 Frühgeburt: gedieh gut;

3 Ekzemkinder: geheilt entlassen. Grätzer.

Hanssen, Zur Kenntnis der Gefahren hydrotherapeutischer Prozeduren für den Säugling. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoriahaus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Berlin.) (Therap. Monatshefte. März 1911.) Bericht über 3 Beobachtungen: $5^1/_2$ Monate altes, 4950 g schweres Kind mit chronischer Ernährungsstörung wird nach der Aufnahme ohne ärztliche Anordnung gebadet und bekommt dabei einen schweren Kollaps. 8 Monate altes Kind mit einem Gewicht von 5425 g, mit Anämie und Nephritis erhält, nachdem es nach 3 Wochen gutes Allgemeinbefinden und fast normalen Blutbefund gezeigt, ein kurzdauerndes warmes Bad und kollabiert dabei. $7^1/_2$ Monate altes, 6400 g schweres, gut ernährtes Kind, wegen schweren Gesichtsekzems in der Klinik, akquiriert Kapillärbronchitis und erhält eine Senfpackung; schwerster Kollaps.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter Umständen kann also bei kranken Säuglingen schon ein einfaches warmes Bad deletär wirken. Man mache hydrotherapeutische Prozeduren hier also nur unter ärztlicher Aufsicht. Besondere Vorsicht scheint geboten bei exsudativer Diathese.

Gegen die Kollapse bewährten sich Kampferöleinspritzungen, Wärmflaschen und Sauerstoffinhalationen. Grätzer.

A. Baginsky, Das Typhoid (Abdominaltyphus) der Kinder und seine Behandlung. (Therapie der Gegenwart. Februar 1911.) Was die Antipyrese anbelangt, sagt B., daß, hat die Höhe und relative Dauer des Fiebers (Temperatur über 40°) für einige Tage, haben die Allgemeinerscheinungen die Entschließung zur Antipyrese herbeigeführt, man immer besser tut, mit kühlenden Bädern, mit kühlen Einpackungen die Temperatur herabzumäßigen als mit innerlich verabreichten Antipyretizis, welche unzweifelhaft das Herz und das Blut schädigend beeinflussen. Man wird bei Kindern selbst mit den kühlenden Bädern nicht unter 22° R heruntergehen, ihre Dauer nicht über 5 bis 8, höchstens 10 Minuten ausdehnen und Einpackungen immer nur lediglich so anwenden dürfen, daß man 2—3 mal nacheinander in Pausen von je 10 Minuten die kaltnassen, den ganzen Körper einhüllenden Laken wechselt. Dazu gebe man Wein in kleinen Dosen. Wo diese Behandlung nicht vertragen wird und wo man die Kinder nicht stetig beobachten kann, da muß man zu Medikamenten greifen. B. bevorzugt das Chinin, weil es relativ am wenigsten schädigende Wirkungen auf das Herz ausübt. Chinin wird von den Kindern, auch in Mixturen, ganz gern genommen; eventuell ordiniere man Euchinin, Chinin-Schokoladetabletten usw.

Sehr wichtig ist die Ernährung. Man wird bei Kindern von 2—5 Jahren mit $^1/_2$—1 l Milch, 2 Eiern und 100—200 g Bouillon für den Tag auskommen; älteren Kindern verabreiche man entsprechend mehr; $1^1/_2$ l Milch, 3—4 Eier und 500—900 g Bouillon werden auf der Höhe der Krankheit auch hier ausreichen, das Körpergewicht zu erhalten. Es entsprechen bei diesen Mengen, wenn man noch 50 bis 100 g Wein dazu rechnet, etwa 105—110 Kalorien auf 1 kg Körpergewicht; wobei indes sogleich betont werden mag, daß die Kalorienzahl[1]) nicht sicher fixiert werden kann. Beimengungen von Kinder-

[1]) Die Kalorienziffer setzt sich etwa folgendermaßen zusammen:

Kinder von 2—5 Jahren

1 l Milch	= 650	Kalorien
250 g Fleischbrühe	= 21	„
2 Eier	= 330	„
50 g Wein	= 70	„
	1071	Kalorien

auf Körpergewicht von 9—10 kg auf 1 kg = 107 Kalorien.

Kinder von 10—12 Jahren

$1^1/_2$—2 l Milch	= 1300	Kalorien
4 Eier	= 670	„
600 g Fleischbrühe	= 42	„
100 g Wein	= 138	„
	2150	Kalorien

auf Körpergewicht von 18—20 kg auf 1 kg = 107 Kalorien.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehl, Mondamin, Hafermehl zu Milch und Bouillon können immerhin gewährt werden. Körnige Substanzen, wie Gries, Reis usw. möchte B. wenigstens vor dem Ende der dritten Woche der Krankheit nicht raten, der Bouillon oder der Milch hinzuzufügen, dagegen sind durchgeschlagene Schleime von Hafer- oder Gerstengraupen wohl zu empfehlen. Man vergesse überdies nicht die Darreichung von abgekochtem Trinkwasser, eventuell wo Diarrhöen dies nicht hindern, auch Limonade oder auch alkalische Wässer, wie Fachinger oder Vichy usw.

Bei Neigung zu Diarrhöen mögen statt der alkalischen Wässer mit Acid. hydrochloratum hergestellte Limonaden verabreicht werden. Auch als diätetisch roborierendes Mittel läßt B., selbst wo von Anwendung der Antipyrese Abstand genommen ist, den Kindern gern etwas Wein verabreichen; derselbe wird ausgezeichnet während der ganzen Fieberzeit von den Kranken vertragen und dient wesentlich dazu, die Gesamternährung der Kinder zu erhalten. Bei Neigung zur Verstopfung Süßweine, sonst guten Rotwein oder Sherry.

Während der ersten Fieberperiode sind es vor allem die enteritischen Symptome, die neue Ordinationen veranlassen. Stuhlverstopfung ist anfänglich gar nicht selten. Man überstürze sich nicht mit abführenden Mitteln, weil man sonst sehr bald von dem Gegenteil, von schweren Diarrhöen überrascht werden kann. Ein Klysma jeden zweiten Tag mit etwas Öl, Kochsalz und Wasser wird genügen bei Anwendung entsprechender Mengen, Stuhlgang zu erreichen. Glyzerininjektionen sind wegen ihrer stark reizenden Wirkung zu meiden; allenfalls tut es ein reines Ölklysma, obwohl auch dieses den Darm weit mehr reizt, als man in der Regel annimmt. Von innerlichen Abführmitteln könnte höchstens Ol. Ricini in Frage kommen. Zumeist überwindet die Natur die Obstipation von selbst. Wichtiger als die Obstipation wird die Diarrhöe. Man setze, wenn Diarrhöen vorhanden sind, die Milch aus, oder verabreiche nur wesentlich geringere Mengen unter Beimischung von Hafer- oder Graupenschleim. Das Mittel, mittels welches man selbst schwere Diarrhöen zu überwinden imstande ist, ist Bismuth. nitricum, allerdings in ziemlich großen Gaben von 0,5—1 und selbst noch mehr in 3—4 maliger Verabreichung. Sollte die Wirkung keine erfolgreiche sein, so kann man von Tannigen, Tanalbin Gebrauch machen; B. ist aus der Erfahrung heraus kein Freund davon und er hat dieselben zu allermeist entbehrlich gefunden. Auch Acid. hydrochlorat. 0,5 : 100 mit Tinct. nucum vomicarum 1 g : 100 2 stdl. 1 Kdfl. kann versucht werden. Zu allermeist sistieren bei geeigneter, besonders vorsichtiger Diät auch unter Aussetzen der Eier und Beschränkung lediglich auf Hafer- und Graupensuppen, die Diarrhöen von selbst. Zu versuchen ist immerhin auch die Darreichung von Buttermilch in der für die Säuglingsnahrung hergerichteten Mischungsform, unter möglichster Beschränkung des Zuckers. Auch Eichelkakao und Eichelkaffee können als Nährmittel Verwendung finden.

Das Einsetzen blutiger Diarrhöen erheischt zunächst das Aussetzen jeglicher Antipyrese. Die Kranken müssen völlig ruhig liegend gehalten werden. Auf den Leib lege man eine nicht zu leichte Eisblase oder wechselnd große und ziemlich schwere in Eiswasser getauchte Kompressen (am besten ein zusammengelegtes Laken).

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Innerlich Liq. Ferri sesquichlorat. 3—4 mal täglich 3—5 Tropfen, und wenn man nicht alsbald Erfolg erreicht, die subkutane Injektion von 3—5—10%iger Gelatinelösung (20—25 ccm). Gegen den drohenden Kollaps kleine Mengen eisgekühlten Sherryweins und eventuell Kampferspritzen.

Selten vorkommend, aber doch erwähnenswert ist Erbrechen.

Man suche die Wiederholung durch Darreichung von Bismut, wie oben gegen die Diarrhöe, zu verhüten. — Auf die Magengegend appliziert man eventuell eine Eisblase, und auch die Darreichung von lediglich eisgekühlter Nahrung, wenigstens für einige Stunden, kann von Nutzen sein. — Das Erbrechen sowohl wie die blutige Diarrhöe, in Verbindung mit Kollaps kann der Ausdruck sein einer stattgehabten Perforation eines Darmgeschwürs. Die Gefahr ist begreiflicherweise exzessiv, und die Heilung ohne chirurgischen Eingriff sehr fraglich. Man wird sich zu einem solchen selbst ohne große Aussicht auf Erfolg entschließen müssen — wenngleich doch auch bei der internen Behandlung der diffusen Peritonitis Heilung eintreten kann, wie B. selbst erlebt hat. Die innerliche Behandlung ist lediglich die der Peritonitis, mittels Eisblasen, Nahrungsentziehung für eine Reihe von Tagen und Bekämpfung der Schmerzen und des Kollapses mittels Morphium, Opium und Kampferspritze.

Bei allen mit Kollaps einhergehenden Erscheinungen, also bei erschöpfenden Diarrhöen, Darmblutungen usw. wird man in den subkutanen Infusionen mit physiologischer Kochsalzlösung ein wesentliches Unterstüzungsmittel der anderweitigen Behandlung finden. Man scheue sich nicht, dieselben reichlich anzuwenden; nur ist es ratsam, die von B. in die Säuglingspraxis eingeführten hypotonischen, nicht mehr als 3,5‰igen Lösungen zu verwenden. Je nach Alter und Größe des Kindes können 100—300 ccm auf einmal injiziert werden. Größere Quanten einzuführen, hält B. wegen der Gefahr der Belastung des Kreislaufs nicht für ratsam.

Zunächst den Darmerscheinungen sind es meist die seitens des Zentralnervensystems dargebotenen Symptome, welche Hilfe beanspruchen. — Große Unruhe, Jaktationen, Delirien können, soweit sie mit hohen Temperaturen kombiniert sind, durch die antipyretischen Methoden bekämpft werden; kühlende Bäder und Einpackungen tun hier bei Kindern wahre Wunder. Nur wo ihre Wirkungen ausbleiben, Schlaflosigkeit mit der Unruhe sich kombiniert, wird man zu beruhigenden Arzneien, zur Darreichung von Veronal oder Sulfonal seine Zuflucht nehmen.

Grätzer.

Bahrmann (Oldenburg), Erfolgreiche Anwendung von Hypophysispräparaten. (Medizin. Klinik. 1911. Nr. 6.) Neben 2 Fällen bei Erwachsenen schildert B. 3 Fälle, wo er bei Entwicklungshemmungen des Gehirns Hypophysistabletten (Merck und Freund und Redlich) gegeben hat.

Fall X. Ein 8jähriges Mädchen. Als Säugling englische Krankheit, mit drei Jahren erst laufen gelernt. Von gesunden Eltern. Schwester normal entwickelt. Die Patientin ist körperlich dem Alter entsprechend entwickelt. Sprache unverständlich, lallend. Blick leer. Geringe Ptosis beider Augenlider. Kaum zu fixieren. Motorische Unruhe. Mit den Händen sehr ungeschickt. Sauber.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bekam zunächst Gl. thyr. Merck, worauf sie mit Rachensymptomen, Fieber, Prostration reagierte. Nach mehrwöchigem Aussetzen abermals dieselbe Reaktion. Darauf Hypophysistabletten, daneben abwechselnd Zerebrum und Thymus. Seit Mai 1910 so behandelt, bessert sich das Befinden. Das Kind wurde munterer, konnte besser fixiert werden und Muskelunruhe ließ etwas nach.

Durch diesen wenn auch geringen Erfolg ermutigt, behandelte B. einen in der Gehirnentwicklung zurückgebliebenen Jungen in ähnlicher Weise.

Fall Y. 6jähriger Junge. Normal geboren. Hat bisher nicht gesprochen außer einigen unklaren Lauten. Stets unsauber Schlaf, Appetit gut. Keine Krankheit gehabt. Immer in Bewegung. Nicht zu fixieren. Körperlich gut entwickelt.

Bekommt Hypophysistabletten und Zerebrumtabletten seit 9. Juli 1910. Nach Bericht des Vaters ist der Junge seit September sauber, meldet seine Bedürfnisse an. Hin und wieder bei eifrigem Spiel zuerst noch unsauber. Zunehmend besser. Die motorische Unruhe hat nachgelassen. Das Sprachvermögen scheint sich auch zu bessern.

Fall Z. Ein 7jähriger Junge. Das zweite Kind seiner gesunden Eltern. Drei Geschwister gesund. Mit einem Jahre Durchfall, dann englische Krankheit, welche ein Jahr dauerte. Mit drei Jahren „Hitzkrämpfe", fiel um, war ganz schlaff und bewußtlos, zirka $^1/_2$ Stunde dauernd. Mit sechs Jahren zur Schule, lernte sehr schlecht, wurde gezüchtigt. Seit dieser Zeit sehr unruhig. Lange bettnässend. Voriges Jahr noch unsauber. Seit den Krämpfen ist er nach Ansicht des Vaters zurückgeblieben. Neckt die Kinder, quält Tiere. Große Unruhe in der Gesichts- und Körpermuskulatur. Sprache etwas verwaschen. Sehr hitzig und störrisch.

Bekommt seit Mitte Oktober Hypophysistabletten und Thymus und hat sich seit der Zeit bedeutend gebessert. Ist ruhiger und verträglicher geworden, die Unruhe im Fazialis ist nur noch im Affekt zu bemerken. Die Unruhe in der Körpermuskulatur fast ganz verschwunden.

Leider sind die Präparate recht teuer und die Eltern der Kinder alle nicht begütert, so daß das Einnehmen der Tabletten wegen der hohen Kosten leider keineswegs regelmäßig geschieht. Doch sind die Erfolge, namentlich im Falle Y, wo der Junge sauber wurde, so ermutigend, daß B. in geeigneten Fällen auf die beschriebene Medikation zurückgreifen wird. Grätzer.

A. Stieda, Beiträge zur freien Knochenplastik. (Archiv f. klin. Chir. Bd. 94. Heft 4. S. 831.) Es handelt sich in dem von St. beschriebenen Falle bei einem 8jährigen Knaben um die Exstirpation der oberen Hälfte des rechten Oberarmknochens nur mit Erhaltung des nach dem Schultergelenk zu gelegenen Teiles der Epiphysenkappe und um die Implantation eines Stückes einer Tibia desselben Individuums in den gesetzten Defekt. Das implantierte Knochenstück enthielt sowohl Periost wie auch noch anhaftendes Knochenmark. Die Einheilung erfolgte prompt, und nach Verlauf von 10 Wochen konnte der Patient den Arm bereits wieder zu gewöhnlichen Hantierungen gebrauchen. Sowohl nach dem palpatorischen Befund und den Röntgenaufnahmen mußte in vorliegendem Falle die Diagnose auf einen Tumor des oberen Humerusendes gestellt werden, und zwar einen zystischen Tumor, voraussichtlich ein Sarkom. Die mikroskopische Untersuchung ergab Myxochondroma mit Gefäßektasien und Hämorrhagien.

Weiterhin war St. in der Lage, eine von Grosse bereits 1900 auf dem Chirurgenkongreß vorgestellte, damals 10jährige Patientin nachzuuntersuchen, bei der nach mehrfachen vergeblichen Operationen eine Pseudarthrose nach einer Osteotomie wegen Verbiegung des

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterschenkels infolge intrauteriner Fraktur in der Weise zur Heilung gebracht worden war, daß ein $5^1/_2$ cm langes, $^2/_3$ der Zirkumferenz umfassendes Stück der Tibia eines Erwachsenen, das gelegentlich einer Amputation gewonnen war, auf das Sorgfältigste gesäubert, von Mark und Periost befreit, eine Stunde lang in Wasser ausgekocht und dann in der Weise verwendet worden war, daß die beiden zugespitzten Enden der Tibiapseudarthrose in die knöcherne Hohlrinne hineingestemmt worden waren. Es war eine reaktionslose Einheilung des Knochenstücks erfolgt. St. sah die Patientin 12 Jahre später. Am Röntgenbilde hat der Verlauf der Einheilung verfolgt werden können, es hat sich die teilweise Resorption des Knochenstückes nachweisen lassen und ebenso das allmähliche Herüberwachsen von den benachbarten lebenden Knochen auf den implantierten toten. Eine Ausstoßung auch eines Teiles des toten Knochens hat nicht stattgefunden, es ist zu einer vollständigen festen Vereinigung von den implantierten und den benachbarten Knochen gekommen, so daß in dem von St. gefertigten Skiagramm sogar die Stelle, an welcher die Implantation stattgefunden hatte, sich nicht mehr nachweisen ließ.

In einem weiteren Falle, in dem die Einpflanzung eines, allerdings 13 cm langen, toten periostfreien Knochens in ein periostfreies Lager ausgeführt wurde, ist der Versuch einer solchen Knochenimplantation als gescheitert zu betrachten, obgleich $^1/_2$ Jahr nach der vorgenommenen Operation die Aussichten für eine dauernde Einheilung durchaus günstige zu sein schienen. Joachimsthal.

O. Wyss (Zürich), Über die Wirksamkeit des Cycloform als Anästhetikum bei Affektionen des Magen-Darmtraktes. (Arch. f. Verdauungskrankheiten Bd. 14. Heft 5.) Das Cycloform (Bayer & Co., Elberfeld), ein weißes, kristallinisches, in Wasser nur in 0,022 % lösliches, wenig giftiges Pulver hat sich bei Kardialgien innerlich zu 0,2—0,4 leidlich bewährt. Sein eigentliches Anwendungsgebiet, auf dem es sich vorzüglich wirksam erwies, sind dagegen schmerzhafte Affektionen des Anus und Rektum (entzündliche Hämorrhoiden, Fissura ani, Purritus ani, inoperables Rektumkarzinom). Haselnußgroße Stücke einer 20 %igen Salbe oder Suppositorien mit 0,3 Cycloform beseitigen den lästigen Tenesmus ganz oder mildern ihn stark.

Daß das Mittel im Rektum besser wirkt als im Magen, hängt mit seiner schweren Wasserlöslichkeit zusammen. Aus demselben Grunde ist die Wirkung auch eine protahierte, das Mittel selbst weniger giftig als andere Anästhetika. Nothmann (Wilmersdorf).

Seiffert, Wie weit ist die Mithilfe des Psychiaters in der Fürsorgeerziehung notwendig, und wie weit können Pädagogen und Psychiater miteinander an minderwertigen und psychopathischen Fürsorgezöglingen arbeiten? (Psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift 1910/11. Nr. 39.) Die Mithilfe der Psychiater ist notwendig. Unter den Fürsorgezöglingen waren als schwerer geistesgestört nur höchstens 10 % auch bei ganz genauen wiederholten Untersuchungen von Psychiatern herausgefunden worden. Zu diesen kamen rund 30 % der im engeren Sinne psychopathischen Fürsorgezöglinge (Debile, Imbezille, Nervöse, Stotterer, Taubstumme usw.).

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Etwa 30% der Fürsorgezöglinge waren als minderwertig, „im Milieu verkümmert“ zu bezeichnen. Es sind dies die ganz besonders Frechen, Lügnerischen, Rohen, Liederlichen, Schmutzigen, die Ausreißer usw.; es sind auch solche, welche auf den ersten Eindruck in der Hilfsklasse vollsändige Idioten zu sein scheinen, die aber nach mehrmonatlicher, sorgsamer Ernährung und fester Erziehung wunderbar schnell körperlich und geistig aufleben und bald mit den normalen Kindern vollständig Schritt halten. Die letzten 30% waren als normal zu bezeichnen. Die Hauptmitarbeit des Psychiaters wird erst nach dem Beschluß auf Fürsorgeerziehung eintreten können, dann aber muß sie auch reichlich und andauernd geschehen. Arzt und Pädagoge sollen gemeinsam die Kinder individuell behandeln. Es genügt nicht eine einmalige Untersuchung und einmalige Verordnung des Arztes, sondern durch gemeinsame und wiederholte Besprechung lernen beide die Kinder richtig beobachten und behandeln. Kurt Mendel (Berlin.)

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

K. Preisich, Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter. (Wiener med. Wochenschrift 1911 Nr. 4 und 5.) P. gibt folgendes Resumé seiner Ausführungen:

Experimentelle Untersuchungen und auf Erfahrungen beruhende Erwägungen bezeugen immer fester, daß die Tuberkulose der Kinder humanen Ursprungs ist, und daß bovine Infektion mehr zur Seltenheit gehört.

Angeborene Tuberkulose kommt wohl vor, sie macht aber nur einen kleinen Bruchteil der Säuglingstuberkulose aus. Germinative Tuberkulose ist nicht erwiesen. Plazentare Erkrankung und Durchtritt der Bazillen ist der regelmäßige Weg zur intrauterinen und Geburtsinfektion.

Es ist noch nicht erwiesen, daß es eine auf mehrere Monate und Jahre erstreckende Latenz nach intrauteriner Infektion mit Tuberkulose gibt. Hingegen kann beinahe mit voller Sicherheit gelten, daß frühzeitige Tuberkulose des Säuglings ziemlich rasch tödlich endet.

Wenig Wahrscheinlichkeit besitzt die Annahme mancher Autoren, daß es eine spezifische, von tuberkulösen Eltern ererbte Prädisposition für Tuberkulose gibt. Wahrscheinlicher ist eine kongenitale, aber nicht spezifische, und nicht nur an tuberkulöse Eltern sich haltende mindere Widerstandskraft; eine solche läßt sich auch im Leben erwerben.

Die Tuberkulose des Säuglingsalters ist in überwiegender Zahl, die des Kindesalters aber immer eine erworbene Krankheit.

Eine unerledigte Streitfrage ist es noch, ob bei der erworbenen Tuberkulose Inhalation oder Ingestion als Weg zur Infektion dient. Ein Weg schließt den anderen nicht aus. Zufolge der wechselnden Lebensweise, der ändernden Umgebung mit dem Vorschreiten des Alters ändern sich auch die Bedingungen und Wege der Infektion, sowie deren Resultat.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In bezug auf die Tuberkulose können drei Altersklassen unterschieden werden: Zur ersten gehören Säuglinge, bis sie kriechen lernen; ihre Infektion geschieht direkt durch ihr Wartepersonal, Inhalation und Ingestion spielen sozusagen eine gleiche Rolle, die Infektion geschieht mit großen Massen des Infektionsstoffes, das Resultat ist zumeist eine schwere Lungenaffektion mit rascher Verallgemeinerung. Die tracheobronchialen Lymphdrüsen zeigen weniger die für das folgende Alter charakteristische käsige Einschmelzung. In der zweiten Altersklasse, welche ungefähr bis zur Schulpflicht reicht, spielt hauptsächlich die Schmutz- und Schmierinfektion eine Rolle, besonders in tuberkulöser Umgebung, diese ist hauptsächlich eine Ingestionsinfektion, bei welcher geringe Bazillenmengen einverleibt werden, der Erfolg ist zumeist lokalisierte gutartige Knochen- oder Lymphdrüsentuberkulose (letztere zumeist in den tracheobronchialen Drüsen, und auch häufig genug in den Halsdrüsen). Nach der Ingestion geschieht die Verschleppung zum Teil auf lymphatischem Wege, recht oft wahrscheinlich auf hämatogenem Wege.

Mit jedem Jahre nimmt der erfolgreiche Kampf gegen die Tuberkulose zu, und die Gefahr der Verallgemeinerung aus der Herderkrankung wird langsam kleiner. Im schulpflichtigen Alter beginnt die Infektionsgefahr, wie sie auch für den Erwachsenen besteht, und es gelangt hier vielleicht der Inhalationsweg zu größerer Bedeutung. Der Erfolg ist zumeist eine Lungentuberkulose, welche immer mehr die Charakteristika der Lungentuberkulose Erwachsener annimmt. Pathologische Anatomie spricht gegen die Annahme, als wäre die Tuberkulose der Erwachsenen immer auf eine Infektion des frühen Kindesalters zurückzuführen. Mit den probatorischen Tuberkulinimpfungen sind uns die Mittel dazu gegeben, mit der Zeit zu entscheiden, inwieweit gutartige Knochen-, Drüsen- und auch Lungentuberkulose nur schon in tuberkulinüberempfindlichen Individuen entsteht.

Bezüglich der Tuberkulose einzelner Organe ist zu bemerken, daß die Meningitis tuberculosa regelmäßig eine Teilerscheinung allgemeiner Tuberkulose ist. Die klinischen Erscheinungen dieser Erkrankung hängen hauptsächlich davon ab, ob der Meningitis kein konsumptiver Zustand vorausging, oder ob keine Mischinfektion mit im Spiele ist.

Lungentuberkulose des Säuglingsalters ist ebenso oft mit Kavernenbildung verbunden wie beim Erwachsenen, die Kaverne ist aber anderen Charakters. Darmtuberkulose ist gewöhnlich eine Begleiterscheinung der offenen Lungentuberkulose. Primäre Darm- oder Mesenterialdrüsentuberkulose gehört zu den selteneren Erkrankungen. Nicht weniger selten ist eine auf die Geschlechtsorgane lokalisierte Tuberkulose, so bei Mädchen wie bei Knaben, sie kommt ohne Spuren der Eintrittspforte vor. Grätzer.

E. Rinne, Beitrag zur Geschichte des Jugendirreseins. (Aus der Klinik f. psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen.) (Wiener klin. Rundschau 1911. Nr. 3—6.) Man kann folgende Formen des Jugendirreseins unterscheiden:

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Die akuten Formen (Melancholie, Amentia, erste Attacken der zirkulären Formen), die nur abgeändert sind, insofern als die Symptome auf das jugendliche Alter, die Pubertät und ihre psychischen Eigentümlichkeiten hinweisen. Der Verlauf und die Prognose entsprechen denen der gewöhnlichen Psychose des erwachsenen Alters.

Die geistige Entwicklung braucht keine Einbuße zu erleiden, das vollwertige Gehirn wird sich weiter entwickeln, ebenso das minderwertige entsprechend dem vorhandenen Defekte.

2. Die Formen ohne ausgesprochene akute psychische Störungen. Hier kommt es lediglich zum Stillstand der geistigen Entwicklung und vorzeitigen Abschluß derselben. Dann besteht im erwachsenen Alter der geistige Zustand der Pubertät mit oder ohne Defekte, je nachdem ein gesundes oder von Haus aus minderwertiges Gehirn vorlag.

3. Die Formen, die in einer einmaligen Attacke verlaufen. Diese können entweder akut oder protrahiert einsetzen. Im letzteren Fall ist häufig eine Depression das erste Symptom. Der Ausgang ist unter Berücksichtigung des Gehirns entweder günstig, indem Heilung eintritt, oder es tritt ein Stillstand auf der erreichten Entwicklungsstufe ein oder ein Stillstand mit weitergehendem Verlust des bisher erworbenen geistigen Besitzes.

4. Die Formen, die in mehrmaligen Attacken verlaufen. Diese haben gewöhnlich einen ungünstigen Ausgang, insofern als eine weitgehende Demenz das Ende darstellt. Hier ist aber zu bemerken, daß wir Fälle beobachten, bei denen diese Attacken sehr häufig auftreten und in der — kürzer oder länger — freien Zwischenzeit keine Verblödung beobachtet ist, daß also gerade dieses Abwechseln zwischen Attacken und Intervallen den Ausgang in Verblödung sehr lange aufhält, offenbar weil dadurch das Gehirn Zeit gewinnt, sich wieder auszuruhen.

5. Akute Psychosen mit Übergang in Verblödung nach kurzer Zeit oder in lange dauerndes (chronisches) Stadium, in dem noch positive psychische Störungen vorhanden sind. In diesen Fällen erfolgt die Verblödung rascher.

6. Die Formen, bei denen es sich um schon von vornherein leicht imbezille Menschen handelt, die in der Pubertät unter akuten Störungen, z. B. halluzinatorischen Erregungszuständen, Angstattacken usw. erkranken. Nach Ablauf der Psychose sind sie so imbezill wie früher, oder sie sind noch stärker verblödet.

Was die einzelnen Verlaufsstadien aller dieser Formen betrifft, so bestehen natürlich weitgehende indirekte Unterschiede wie bei allen Psychosen. Beim typischen Jugendirresein, das also im Pubertätsalter ein bis dahin normal entwickeltes Gehirn trifft, kann man häufig folgende Stadien unterscheiden:

a) Akuter Beginn mit Depression und Hemmung, häufig unter Beimischung von wahnhaften Ideen, vom Charakter der sogenannten Überwältigungsideen.

b) Nach dem Zurücktreten der akuten Erscheinungen und der starken Affeckte ein Stadium albernen kindischen Verhaltens.

c) Genesung, oder wenn Nachschübe oder neue Attacken einsetzen, Ausgang in Demenz.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die katatonischen Symtome (Stupor, Hemmungen, Zwangsvorstellungen, Zwangsbewegungen, Befehlsautomatie, Inkohärenz) sind an und für sich hinsichtlich der Prognose nicht ungünstig, sie werden dies gewöhnlich nur, wenn Störungen im Gefäßsystem auftreten, wie Stauungserscheinungen in den Extremitäten, Zyanose, Kältegefühl oder Ödeme.

Auch die Minderwertigkeit des Gehirns ist auf die Prognose nicht ohne Einfluß. Wir unterscheiden eine angeborene Minderwertigkeit bei Imbezillen, Endogenen und Defekten und eine entweder durch Infektionskrankheiten oder Traumen erworbene. Besonders diese Traumen gestalten die Prognose häufig sehr ungünstig. Grätzer.

Albert Delcourt (Bruxelles), Le diagnostic de la coqueluche fruste par la réaction de Bordet-Gengou. (Archives de méd. des enfants. Janvier 1911.) Die Bakteriologie des Keuchhustens hat durch die Entdeckung von Bordet und Gengou einen entschiedenen Fortschritt gemacht, indem es diesen Autoren gelungen ist, in der Expektoration der kranken Kinder einen kleinen Kokkobazillus aufzufinden und dessen Spezifizität nachzuweisen. Dieses Lebewesen existiert in großen Mengen und gleichsam im Reinzustande am Anfange der Krankheit im Tracheal- und Bronchialauswurf, wird aber später viel seltener, und es ist dann der Nachweis desselben sehr schwierig, um nicht zu sagen unmöglich. Um also in zweifelhaften Fällen die Natur einer Bronchialerkrankung feststellen zu können, muß man in vielen Fällen zu der Fixation des Alexins greifen, welche Untersuchungsmethode ebenfalls von den erwähnten Autoren angegeben worden ist. Mit derselben konnte D. während einer Keuchhustenepidemie nachweisen, daß zahlreiche Kinder, die nur einen einfachen Husten darboten, in Wirklichkeit keuchhustenkrank waren, und es konnten infolgedessen entsprechende prophylaktische Maßregeln ergriffen werden. Ja, man konnte auch nachweisen, daß die betreffende Krankheit auch eine große Anzahl von erwachsenen Personen befallen hatte, und zwar meist solche, die mit den keuchhustenkranken Kindern in näheren Kontakt gekommen waren, wie: Lehrerinnen, Aufseherinnen, Pflegerinnen usw. Es zeigte sich, daß Keuchhusten auch bei Erwachsenen viel häufiger auftritt, als man dies gemeinhin annimmt, denn bei diesen fehlt oft das krampfhafte Stadium, und man begnügt sich, einen einfachen Bronchialkatarrh zu diagnostizieren, während es sich in Wirklichkeit um Keuchhusten handelt. E. Toff (Braila.)

M. Péhu et **Ch. Porcher** (Lyon), De l'emploi habituel du lactose dans l'alimentation du nourrisson. (Archives de méd. des enf. Février 1911.) Der schon nahezu seit 300 Jahren bekannte Milchzucker ist bis vor kurzem als ohne jeglichen alimentären oder therapeutischen Wert betrachtet worden. Erst in den letzten 20 Jahren ist die wichtige Rolle, welche derselbe in der Kinderernährung spielt, von den Kinderärzten erkannt worden. Wie schon frühere Untersuchungen gezeigt haben, können 18—36 g täglich der kindlichen Nahrung einverleibt werden. Es muß dies in jedem Falle ausprobiert werden, denn die Toleranz des kindlichen Organismus ist dieser Substanz gegenüber eine sehr wechselnde. In richtiger Dosis angewendet,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist der Milchzucker nicht nur ein Nahrungsmittel, sondern auch ein kräftiger Regularisator der Darmtätigkeit. Es ist ein Abführmittel ohne jegliche Reizwirkung, welches die Konsistenz der Stühle ändert und deren Ausstoßung erleichtert. E. Toff (Braila.)

C. Pastia (Bukarest), Le signe du pli du coude dans la scarlatine. (Das Zeichen der Ellbogenbeuge bei Scharlach.) (Archives de méd. des enfants. 1911. Nr. 2.) Der Verf. beschreibt eine Hauterscheinung, welche er als charakteristisch für Scharlach ansieht und die darin besteht, daß in der Ellbogenbeuge sich unter der Form von queren Linien ein eigentümliches Exanthem bemerkbar macht, als ob mehrere Querfalten dieser Gegend eine besonders tiefrote, oft auch violette Farbe angenommen hätten. Die Färbung ist anfangs rosenrot, wird dann später immer dunkler und kann selbst ein ekchymotisches Aussehen annehmen. Man findet in den meisten Fällen 2—4 solcher Querstreifen, doch kann auch nur ein einziger entwickelt sein. Nach Abblassen des Exanthems bleibt noch durch einige Zeit eine Verfärbung an den betreffenden Stellen bestehen.

Dieses Zeichen der Ellbogenbeuge soll nur für Scharlach charakteristisch sein und ein ebenso gutes diagnostisches Zeichen in zweifelhaften Fällen abgeben, wie das Koplikssche Zeichen bei Masern. Bemerkt soll noch werden, daß ein ebensolches Zeichen von Marbé bei Masern beschrieben worden ist (Société de biologie. 25. Nov. 1910); der Verf. hält aber dasselbe nur für Scharlach charakteristisch.

E. Toff (Braila).

Gaucher, Druelle und **Flurin,** Chancre de la paupière inférieure chez un enfant de 2 mois. (Bull. Soc. fr. de Dermat. 1910. Nr. 2.) Nach Sitz und Ansteckungsmodus interessanter Fall. Wie der seit einem Jahr syphilitische Vater versichert, hat er gewissenhaft alle ärztlichen Anordnungen, die man ihm zu Beginn seiner Krankheit gab, befolgt: Er hat niemals sein Kind umarmt, aber er erzählt, daß etwa 2 Monate zuvor das Kind am jetzigen Sitz des Schankers ein Gerstenkorn hatte, das vollständig geheilt sei. Dies mag als Eintrittspforte gedient haben. Die Ansteckung muß dann durch die zur Reinigung des Auges benutzte und vorher durch die mit Virus behafteten Finger des Vaters beschmutzte Watte erfolgt sein.

Der syphilitische Schanker des Auges kann leicht übersehen und für eine banale Läsion genommen werden, wie Ricord sehr geistreich sagte: „eine Läsion, die selten in die Augen springt“.

H. Netter (Pforzheim).

Wallich und **R. Simon,** Influence du mode d'allaitement du nourrisson sur le développement définitiv de la taille. (Bull. de l'Académie de méd. Sitzung vom 22. Febr. 1910.) An der Hand seiner an der Clinique Bandelocque mit S. angestellten Untersuchungen versucht W. zu zeigen, daß die großen oder die 1,55 m, das Mittelmaß, übersteigenden Frauen sich in folgenden Proportionen finden: 45 %, wenn sie mit der Flasche ernährt worden waren; 81 und 86 %, also nahezu das Doppelte, wenn sie ein Jahr lang an der Brust ernährt wurden, um auf 62 % zu fallen, wenn die Ernährung an der Brust über das erste Jahr hinaus verlängert worden war.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der späte Eintritt der Menstruation ist um 22 mal : 100 häufiger bei den mit der Flasche aufgezogenen.

Ein Drittel der künstlich ernährten Frauen hatten in ihrem Leben Verdauungsstörungen, während man nur ein Zwanzigstel unter den ein Jahr an der Mutterbrust aufgezogenen findet.

In Anbetracht des gewöhnlichen Wachstums von 20 cm im ersten Jahr und von 10 cm in den ersten drei Monaten, begreift man, schließen W. und S., das Bedenkliche einer mangelhaften Entwicklung in dieser Lebensperiode und die Notwendigkeit einer Überwachung durch regelmäßige Messungen des Längenwachstums bei Säuglingen, mit ebensoviel und vielleicht mehr Aufmerksamkeit als seiner Gewichtsfortschritte. H. Netter (Pforzheim).

H. Triboulet, La recherche du sang dans les selles, notamenent au cours et au decours du purpura et des vomissements périodiques avec acétonémie. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 9. April 1910.) Die systematische Untersuchung der Stühle auf Blut erschien T. von gewisser Bedeutung bei einer großen Zahl infektiöser oder toxi-infektiöser Zustände der kindlichen Pathologie. So hat er in zwei Fällen von Purpura, wovon einer noch in Beobachtung, während des Ablaufes einer Purpura simplex, bei Untersuchung des Stuhles auf Blut eine mittelstarke Phenolphtaleinreaktion gesehen (rosarote Farbe, von 20—30 Minuten Dauer), die nach 48 Stunden verschwand. Bei einem zweiten Nachschub, ohne Fieber, ohne jedes andere erkennbare klinische Zeichen bis auf kleine, diskrete, papulöse Plaques auf den vier Gliedmaßen, hat T. in graubraunem, auf Blutbeimengung ganz unverdächtigem Stuhl eine starke, braunschwarze, perisistierende Phenolphtaleinreaktion gefunden, ein untrügliches Anzeichen eines auf die Darmschleimhaut stattgehabten Purpuraschubes. Die Phenolphtaleinreaktion des Urins war negativ.

In zwei Fällen von Azetonämie mit periodischem Erbrechen ergab sich, gleichzeitig mit einem stark azetonhaltigen Urin, eine negative Phenolphtaleinreaktion des Urins zwar, aber eine solche des Stuhls, die einmal ganz deutlich, aber nicht übermäßig stark, ein andermal, rotschwarz war, unbestimmt anhielt, und so einen intensiven Blutandrang nach der Darmschleimhaut anzeigte.

H. Netter (Pforzheim).

W. Pollàk, Fall von Hautdiphtherie. (Ärztl. Fachstg. des „Erelitzer Museumsvereins". 7. Mai 1910; referiert Pest. med.-chir. Presse. 1910. Nr. 43.) Demonstration der Leiche eines 2 Jahre alten Knaben, die an mehreren Stellen des Körpers typische Hautdiphtherie, die sich an Diphtherie des Rachens angeschlossen hat, aufweist. In den oberen Schichten der erkrankten Haut fanden sich vorwiegend Staphylo- und Streptokokken, in den tieferen Diphtheriebazillen vor.

Ernö Deutsch (Budapest).

J. Kappel, Behandlung der Diphtherie mit Pyozyanase. (Ebenda.) Verf. behandelte 23 schwere Fälle von Diphtherie mit Pyozyanase und behauptet auf Grund genauer klinischer Beobachtung, daß das Mittel die frappante bakteriologische Wirkung, welche sich in vitro zeigt, in vivo nicht entfaltet. Ernö Deutsch (Budapest).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

B. Ribeiro de Costro, Menstruation und Stillgeschäft. (La Medicina de los niños. 1910. Nr. 12.) Das Material des Verf.s (in Rio de Janeiro) umfaßt 100 Frauen mit 390 gestillten Kindern. Die Menstruation kam wieder in 100 Fällen während des 1., in 67 im 2.—3. Monat, in 53 im 2., in 38 im 3., in 103 im 4., in 30 im 5. Vierteljahr und in 15 nach $1^1/_2$ Jahren. Meist (in 348 Fällen) bewirkte die Menstruation keine deutlichen Veränderungen der Milch; Vermehrung trat in 5, Verminderung in 36 Fällen ein, eine qualitative Veränderung (Verflüssigung) in 1 Fall. Nur 2 Frauen wollten bei ihren Kindern Störungen infolge der Menses gesehen haben.

M. Kaufmann.

Castro y Lopez, Prostatasarkome im Kindesalter. (Anales de la Med. de Obst., Gin. y Ped. Okt. 1909, Ref. Med. de los niños. Dez. 1909.) Kasuistische Mitteilung eines Falles (6jähriger Knabe) dieser seltenen Affektion, der Knabe starb nach der Operation.

M. Kaufmann.

R. Botey, Behandlung der „tubo-canulardos" mit elastischer Dilatation und Laryngostomie. (Rev. de Med. y Cir. Práct. 28. Nov., 7., 14. u. 21. Dez. 1909.) Vor Einführung der genannten Methoden war die Prognose für die Patienten, welche zuerst intubiert, dann tracheotomiert worden waren und nun nicht zum Dekanulement kommen konnten, eine wenig erfreuliche. B. schildert ausführlich die beiden Methoden sowie die durch sie bedingte Verbesserung der Prognose und berichtet über 2 eigene Fälle: 1. $5^1/_2$jähriges Mädchen, Laryngitis diphtherica, 3malige Intubation, dann Tracheotomie; vergebliche Dekanulementsversuche; Kanüle wird seit dem ersten Jahr getragen. Spornbildung über der Kanüle mit Stenose in der Ringknorpelgegend. Entfernung des Sporns und Heilung durch elastische Dilatation. 2. 6jähriger Knabe: Bei Larynxdiphtherie während einer Masernerkrankung 4 Intubationen, dann Tracheotomie, Kanüle seit 8 Monaten, der gleiche Befund wie oben, Heilung durch Laryngostomie.

M. Kaufmann.

P. Medowikoff, Ein Fall von Mongolismus beim Kinde. (Russk. Wratsch. 1910. Nr. 45.) Im Ambulatorium des städtischen Kinderkrankenhauses in St. Petersburg beobachtete Autor einen Fall von Mongolismus, den er als angeborene Idiotie, die mit charakteristischen Mongolentypus bezeichnenden Symptomen einhergeht, auffaßt. Dahin gehören vor allem die schief gestellten Schlitzaugen. In Anbetracht der relativen Seltenheit dieser Fälle, die auch durch genaue Literaturangaben belegt wird, ist der Fall eingehender geschildert. Es handelt sich um ein $2^1/_2$jähriges, von gesunden, im besten Alter stehenden Eltern, bei denen Syphilis, Alkoholismus sowie Tuberkulose anamnestisch auszuschließen sind, stammendes Kind. Es ist das drittgeborene Kind; die beiden älteren Geschwister waren normal entwickelt. Brustnahrung bis zu einem Jahre mit Beifütterung vom zweiten Monate ab. Von Geburt ab macht das Kind den Eindruck eines Idioten: absolute Gleichgültigkeit gegen die Umgebung, völlig stumpfer Gesichtsausdruck, ständig hervorgestreckte Zunge. Unter eklamptischen Anfällen Durchbruch des ersten Zahnes zu Ende des zweiten Lebensjahres.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Kind ist bei der Untersuchung 72 cm lang, wiegt 9750 g. Der Schädel ist brachykephal und hat einen Durchmesser von 45,5 cm. Die große Fontanelle ist offen und hat einen Durchmesser von 2 × 2 cm. Die Jochbogen sind breit, infolgedessen das Gesicht breit und flach erscheint. Der Brustkorb ist regelmäßig gestaltet, ohne Andeutung rachitischer Veränderungen. Die Verknöcherung der Knochen der Hand ist etwas zurückgeblieben (Röntgenogramm!). Die zweite Phalanx des fünften Fingers ist stark atrophiert, ebenso die zweiten und dritten Phalangen aller Zehen. Die Haut ist blaß-gelblich. Der Gesichtsausdruck ist stumpf, die Zunge meistens herausgestreckt. Der Mund steht offen; die Zunge bietet das Bild der Lingua geographica. Das Kind schielt; die Augenachsen sind nach unten und innen gerichtet. Die Nase ist sattelförmig; die Ohrmuscheln sind nicht entwickelt. Die Schilddrüse ist von normaler Größe. Die Leber ragt $1^1/_2$ Finger unter dem Rippenbogen hervor und hat einen weichen Rand.

Was die Psyche dieses Kindes betrifft, so versteht es seine Angehörigen von Fremden zu unterscheiden, denen gegenüber es sich aber indifferent verhält. Das Gehör ist ziemlich entwickelt, die Sprache fehlt.

Auf Grund einer eingehenden Analyse der einschlägigen Literatur gelangt Autor zur Annahme, daß es sich in diesem Falle um einen echten Fall von Mongolismus handelt. Unter Thyreoidingaben (3 mal täglich 0,02) wird das Kind lebhafter, steht fester auf seinen Beinchen und macht sogar Gehversuche; eine früher bestandene Neigung zur Obstipation schwindet. Unter den Erscheinungen einer Vereiterung der tiefliegenden Lymphdrüsen geht das Kind zugrunde. Eine Sektion konnte nicht vorgenommen werden. S. Rubinstein (Riga).

C. A. Blume, Beitrag zu der frühen Klinik der Lungentuberkulose. (Ugeskrift for Läger. 1910. Nr. 40 u. 41.) Durch Untersuchung des Kehlkopfschleims bei 6 Säuglingen fand der Verf. Tuberkelbazillen; Impfung des Schleims auf Meerschweinchen rief in den drei Fällen Tuberkulose bei diesen hervor.

Das klinische Bild der Säuglinge hatte keinen sicheren Anhaltspunkt für Tuberkulose gegeben, auch später waren klinische Zeichen einer Tuberkulose nicht vorhanden; mehrere der Kinder gediehen ausgezeichnet in dem zweiten Lebensjahr. Nur in einem der Fälle war die v. Pirquetsche Probe positiv. Der Verf. meint jedoch, daß alle diese Säuglinge mit Tuberkulose infiziert waren, da die v. Pirquetsche Probe für frühen Nachweis von leichten Infektionen nicht geeignet sei. In allen Fällen fand der Verf. den vermuteten Übertrager der Ansteckung. Die Möglichkeit, daß die gefundenen sparsam vorhandenen Tuberkelbazillen zufällige Gäste sein könnten, eine Folge davon, daß die Tuberkelbazillen vielleicht ubiquitär wären, verneint der Verf. Er meint, daß Säuglinge viel öfter, als man zu glauben geneigt ist, eine Minimalinfektion mit Tuberkulose durchmachen, und daß solche „kleine Tuberkulosen" möglicherweise lokale Immunität hervorrufen können. Adolph H. Meyer.

R. Herz und **O. Thomsen,** Eine Untersuchung der „skrofulösen" Kinder des Küsthospitals mit den Reaktionen von

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

v. Pirquet und Wassermann. (Aus dem Küsthospital Refsnäs und dem staatlichen Seruminstitut.) (Hospitalstidende. 1910. Nr. 51.) 228 in dem Küsthospital Refsnäs aufgenommene „skrofulöse" Kinder wurden mit den Reaktionen von v. Pirquet und Wassermann untersucht. v. Pirquet war bei 192, d. h. 86 % positiv, fehlte bei 36, d. h. 16 %. Der weitere Verlauf der Krankheit bei den meisten dieser 36 Patienten zeigte, daß Tuberkulose nicht die Krankheitsursache war. 8 von den Kindern ergaben positive Wassermannreaktion; 4 von diesen (1 Rachitis — v. Pirquet, ohne Zweifel tuberkulöse + v. Pirquet), bei welchen die Reaktion nur schwach war und kaum von Syphilis verursacht, genasen ohne antisyphilitische Behandlung; bei den übrigen 4, deren Serum selbst in kleiner Menge positive Reaktion ergab, und deren Krankheit bisher jeder Behandlung getrotzt hatte, genasen oder besserten sich in überraschend kurzer Zeit durch Quecksilberbehandlung. Beide Reaktionen sind sehr wertvolle Hilfsmittel bei der Differentialdiagnose der Leiden von „skrofulösen" Kindern.

Adolph H. Meyer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 2. März 1911.

W. Egert u. F. Eisler. **Geheilter Pneumothorax nach Pneumonie und Lungenabszeß.** Ein 4jähriger Knabe erkrankt an rechtsseitiger Oberlappenpneumonie. Durch 12 Tage hohes Fieber, das dann wohl absinkt, aber nicht völlig schwindet (Abendtemperaturen bis 37,9°). Klinisch bleibt zusammen mit dieser geringfügigen Temperatursteigerung ein schweres Krankheitsbild bestehen. Patient konnte nur auf der rechten Seite liegen, auf die linke Seite gelegt, traten heftige Anfälle von Husten und Atemnot auf. Die Dämpfung über dem rechten Oberlappen hellte sich auf, nur an einer Stelle in der Gegend des Skapularwinkels blieb Dämpfung bestehen. Hier entwickelte sich auch amphorisches Atmen. So blieb der Zustand bis zum 26. Krankheitstage. Nach einem kräftigen Hustenanfalle an diesem Tage erfolgte mehrmalige Expektoration von Blut mit Eiter. Von da ab hörte das Fieber auf, das Kind erholte sich, nahm an Gewicht zu. Dabei wurde aber die rechte Thoraxhälfte voluminöser, das amphorische Atmen deutlicher. Röntgenbefund ergab Pneumothorax der rechten Seite. Dieser war jedenfalls durch Perforation eines metapneumonischen Lungenabszesses in die Pleura entstanden. Ausgang in Heilung. Der Rückgang des Pneumothorax konnte röntgenologisch verfolgt werden.

H. Salzer. **Offener Ductus omphalomeseraicus.** Vortr. weist darauf hin, daß histologisch am distalen Teil der Fistel neben Dünndarmschleimhaut auch Magen- und Dickdarmschleimhaut nachzuweisen waren. Der Befund von Magenschleimhautanteilen in Fistelgängen des Nabels spricht also nicht für eine spezielle Art von Nabelfisteln, sondern kommt auch bei Fisteln des Ductus o. m. vor. Einen ähnlichen Befund konnte Vortr. vor einiger Zeit bei einem anderen Fall ebenfalls erheben.

G. Bien. **Ein Fall von Pseudoleukämie** (Cohnheim-Pinkus). Der 9jährige Knabe erkrankte Januar 1911 mit Schwellung der Inguinaldrüsen; einige Tage später auch Schwellung der Halsdrüsen. Jod ohne Erfolg. Am 3. II. aufgenommen, fanden sich nuchale und submaxillare Drüsen von Bohnen- bis Pflaumengröße,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht schmerzhaft und gut abgrenzbar. Pirquet: +, kein Fieber. Diazo negativ. Mäßige Schwellung der inguinalen und axillaren Drüsen. Die Differentialdiagnose hatte zwischen tuberkulösem Lymphom und Granulomatose universeller Art (auf tuberkulöser luetischer und unbekannter Art) zu entscheiden, dann kam Leukämie oder Pseudoleukämie (Cohnheim-Pinkus) und endlich Lymphosarkomatose in Betracht. Blutbefund vom 24. II. ergab: 4 Mill. rote Blutkörperchen, Hämoglobingehalt 65 % Fleischl, Leukozyten 12000, davon einkernige Elemente 67,5 %, Polynukleäre 27,5 %.

Es erwiesen sich ausschließlich die Lymphozyten vermehrt. Die histologische Untersuchung einer exzidierten Drüse zeigt erhaltene Struktur des Bindegewebes und einfache Hyperplasie des adenoiden Gewebes. Eine einem Meerschweinchen injizierte Drüse erzeugte keine Tuberkulose. Das Fehlen der polynukleären Leukozytose und das Fehlen des Fiebers, sowie der negative Ausfall der Diazoreaktion sprachen gegen Granulomatose. Lymphosarkomatose war nach dem histologischen Befund auszuschließen, Leukämie nach dem Ergebnis der Blutuntersuchung. Gegen tuberkulöses Lymphom war der negativ verlaufene Tierversuch zu verwerten. Es bleibt also nur die Pseudoleukämie (Pohl-Pinkus) als entsprechendes Krankheitsbild übrig.

J. Friedjung. **Naevus flammeus in der Gegend der Glabella.** Fr. macht auf das häufige Vorkommen dieses Nävus im ersten Lebensjahre aufmerksam. Das demonstrierte Kind zeigt außer diesem Nävus einen zweiten solchen in der Nackengrube. Es sei auffallend, daß diese Erscheinung in die pädiatrische Literatur noch nicht aufgenommen ist. Die Prognose dieser Nävi ist gut. Sie blassen meist im Laufe des ersten Lebensjahres ab, so daß eine Therapie überflüssig ist. Zappert betont, daß er das Vorkommen dieses Nävus schon vor 2 Jahren beschrieben hat. Swoboda berichtet interessante Tatsachen über diesen Nävus. Er fand ihn bei etwa 20 % der Neugeborenen. Sie verschwinden zum größten Teile nach einem Jahre, es handelt sich aber um kein völliges Schwinden. Die Gefäße werden nur blutleer, insbesondere dort, wo der Nävus sich über knöcherner Unterlage befindet. Bei Aufregung kommt der Nävus auch später noch zum Vorschein. Im Bereich der Lider sieht man den Nävus auch ohne Zornanfälle länger. Das Volk kennt diesen Nävus sehr gut. Swoboda berichtet, daß er vom Volke in Ungarn als Storchbiß bezeichnet wird.

H. Koch. **Durchbruch einer verkästen tuberkulösen Lymphdrüse in die Trachea.** Ein 6jähriger Knabe, vorher stets gesund, erkrankte 2 Tage vor der Aufnahme mit leichten Kopfschmerzen, Husten und Heiserkeit. Am nächsten Tage Atembeschwerden, die so heftig wurden, daß man, als Patient in das Spital gebracht wurde, zur Intubation griff, die aber keinen Erfolg brachte. Im Laufe des Tages verschwand jedoch bei liegendem Tubus Zyanose und Dyspnoe. Patient war wieder lustig, nur auffallend blaß. Nach 48 Stunden Extubation, keine Stenosensymptome. 24 Stunden später plötzlich hochgradige Atemnot, neuerliche Intubation und daran anschließend Tracheotomie ohne Erfolg. Bei der Obduktion ergab sich Verstopfung der Hauptbronchien mit käsigen Massen nach Durchbruch einer verkästen Lymphdrüse in die Trachea. Knöpfelmacher und Pollak erinnern an ähnliche von ihnen demonstrierte Fälle. Der Fall Pollaks wurde durch Tracheotomie dauernd geheilt. Die tuberkulöse Drüse wurde durch die Tracheotomiewunde ausgehustet.

M. Jerusalem. **Zur Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.** Bei Darlegung der üblichen Grundsätze bei Behandlung der chirurgischen Tuberkulose bespricht J. die Nachteile der operativen Behandlung. Die Hauptgefahr liegt in der Mischinfektion. Zur konservativen Behandlung gehört Ruhestellung der erkrankten Teile, Anlegung von fixierenden Verbänden, die Stauungsbehandlung, die Anwendung von Jod und Schmierseife. Gute Erfolge gibt auch Röntgenbehandlung. Die Tuberkulintherapie hat sowohl Anhänger als Gegner. Es geht aus der Betrachtung der Erfolge der verschiedenen Methoden jedenfalls hervor, daß es weder mit der operativen noch mit der konservativen Therapie befriedigende Resultate gibt. Solche Resultate sind mit Sonnenlichtbehandlung zu erzielen. Diese Art der Behandlung beruht auf den Versuchen des Engadiner Arztes Bernhard, der den austrocknenden und heilenden Einfluß der Sonnenbestrahlung bei offener Wundbehandlung nachgewiesen hat. Dieses Prinzip hat 1903 Rollier im Leysin für die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose durchgeführt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Escherich und Monti haben schon 1909 über die glänzenden Erfolge dieser Therapie in Leysin berichtet. J. kann sie gleichfalls bestätigen. Rollier ist in seinem Vorgehen streng konservativ. Geschlossene Wunden werden niemals eröffnet, nur bei infizierten Fällen wird inzidiert. Die Patienten erhalten Fixierverbände, wobei die erkrankten Partien, auch Wunden, frei bleiben und der Sonnenlichtbestrahlung ausgesetzt werden. Die Kinder sind Tag und Nacht im Freien. Die Wunden reinigen sich, werden trocken, zeigen lebhafte Granulationen, überhäuten sich rascher, die bestrahlten Stellen werden dunkler pigmentiert. Bei Patienten, die leicht abbrennen, sind leichter Erfolge zu erzielen als z. B. bei blonden Patienten. Das spricht für die Bedeutung des Pigmentes. Der Einfluß des Sonnenlichtes geht daraus hervor, daß die Wunden sich rasch verschlechtern, wenn einige Regentage die Sonnenbestrahlung unmöglich machen. Daneben kommt natürlich die reine Luft, die Hebung des Appetits und Mastkur als Heilfaktor in Betracht. Die Behandlungsdauer ist bei schweren Fällen bis 2 Jahre, eventuell sogar länger.

J. hat nun daran gedacht, zu versuchen, ob nicht auch in unserem Klima mit der Heliotherapie Erfolge zu erzielen sind, und hat in Wien selbst und in einem Sanatorium in der Nähe Wiens (Crimmenstein) die Heliotherapie nach dem Muster von Leysin durchgeführt. J. ist mit seinen bisherigen Erfolgen sehr zufrieden und will die Versuche noch fortsetzen, lenkt aber schon heute die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, Heliotherapie in den verschiedenen schon bestehenden Erholungsstätten, Ferienkolonien, Seehospizen für tuberkulöse Kinder mit einfachen Mitteln zu betreiben. Freilich müßte die Anstalt unter chirurgisch geschulter Leitung stehen, um Fixierverbände und kleinere Eingriffe vornehmen zu können. Die Versuche, die Heliotherapie in der Großstadt fortzusetzen, widerrät J. In der Diskussion betont Freund, daß er die Wirkung der Sonnenbestrahlung nur für oberflächlich gelegene Herde für gesichert hält. In der Leysinkur spiele die Trockenheit der Luft eine große Rolle. Die Röntgenbehandlung erziele bei Erkrankungen kleiner Knochen glänzende Resultate, wenn die Synovia nicht erkrankt ist, keine Knochentrümmer und keine Eiterretention vorhanden sind. Freund empfiehlt die Röntgentherapie für diejenigen Fälle, wo die Heliotherapie nicht durchführbar. Sternberg hat ebenfalls mit der Sonnenlichttherapie günstige Erfahrungen gemacht. Swoboda führt die Heliotherapie bei seinen Patienten schon seit 3 Jahren in Tirol (Seiser Alm) durch.

Sitzung am 16. März 1911.

K. Grünfeld. **Kongenitale Luxation des Radiusköpfchens und Syndesmose zwischen Radius und Ulna.** Der 8 Monate alte Säugling zeigt seit Geburt neben beiderseitigem Klumpfuß eine eigentümliche Haltung der Hand. Diese wird in fixierter Pronationsstellung gehalten, so daß man anfangs den Eindruck einer Lähmung der Hand gewinnt. Die Bewegungen der Hände sind aber bis auf die Supination frei. Will man diese erzwingen, so gelingt dies wohl, solange man die Hand festhält. Die Hand federt aber nach Freilassen sofort in die fixierte Pronationsstellung zurück. Der Röntgenbefund klärte die Affektion rasch im Sinne der erwähnten Mißbildung auf. Bisher sind 36 Fälle derselben bekannt. (Kienböck) Die Ätiologie ist unbekannt. Neben fehlerhafter Anlage kommt noch die Annahme in Betracht, daß Raumbeengung durch Fruchtwassermangel Schuld an der Mißbildung trägt.

A. Souček. **Pergamentknittern der Milz infolge luetischer Schwartenbildung um diese.** Der 2 Monate alte Säugling zeigt Parrotsche Scheinlähmung, Schuppung an den Fußsohlen, Kubitaldrüsen und Milztumor. Bei Palpation des unteren Poles der Milz tastet man deutliches Reiben (wie Emphysem sich anfühlend). Dieses Reiben ist auch bei Auskultation sehr deutlich zu hören. Das Symptom ist ziemlich selten und beruht auf Schwartenbildung am peritonealen Überzug der Milz.

Zappert. **Ein Fall von diffuser Hirnsklerose.** Der jetzt 16jährige Knabe war bis zum Alter von 4 Jahren völlig gesund. Im Anschluß an ein Trauma (Sturz) traten zerebrale Symptome auf. Patient wurde benommen, zeigte allgemeine Krämpfe. Diese Erscheinungen waren von Fieber begleitet. Nur allmählich erholte sich Patient, wobei geringe Schwäche der linken Körperhälfte zurückblieb. Zeitweise bekam Patient Anfälle von allgemeinen Krämpfen; diese anfangs spärlich auftretend, nahmen an Häufigkeit immer mehr zu, so daß endlich bis 60 Anfälle pro Tag beobachtet wurden. Dabei entwickelte sich spastische Paralyse der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Extremitäten und des Rumpfes. Die Intelligenz nahm im Laufe der Jahre ab, und schließlich verblödete Patient. Auch pseudobulbäre Symptome kamen zur Entwicklung, so daß das Kind kaum mehr schlucken kann, die Sprache ist verloren gegangen. Gelegentlich tritt Speichelfluß auf. Augensymptome fehlen; es ist nur der sorgsamen häuslichen Pflege zuzuschreiben, daß das Kind noch lebt.

Dieser Fall, der mit Ausnahme der Augensymptome das Bild der diffusen Sklerose darbietet, zeigt, daß der Begriff der Erkrankung nicht so scharf abgegrenzt ist, wie man allgemein annimmt. Wir sehen den sklerosierenden Prozeß im Anschluß an ein von akut entzündlichen zerebralen Symptomen gefolgtes Trauma sich progredient entwickeln; von dem primären Sitz der Affektion hängt es ab, welche Symptome im Laufe der Krankheitsentwicklung zur Beobachtung gelangen. Auffällig ist das starke und frühzeitige Hervortreten epileptiformer Krämpfe, die sich bis zu einem förmlichen Status epilepticus steigern. Das Symptom der sekundären Demenz ist nicht notwendig mit dem Begriffe der Epilepsie verbunden; Z. wirft die Frage auf, ob nicht manche Fälle von angeblicher Epilepsie mit Ausgang in Verblödung und spastischer Paralyse eigentlich in die Klasse der diffusen Hirnsklerose gehören.

Marburg betont, daß die Hirnsklerose immer etwas Sekundäres ist, sie folgt einer primären Parenchymdegeneration. Ein ähnliches Aussehen haben manche durch Tumoren hervorgerufene primäre Prozesse. M. teilt die Hirnsklerosen folgendermaßen ein:

1. Fälle mit **vaskulärer Ätiologie**, entstanden durch fötale oder postfötale Gefäßprozesse. Die dadurch hervorgerufenen Veränderungen des Gehirns können diffus oder zirkumskript sein.

2. **Entzündliche Sklerose**, hervorgerufen durch parenchymatöse Entzündung. Diese Herde können multipel sein, oder die Entzündung ist diffus ausgebreitet. Übereinstimmend mit Zappert hebt M. hervor, daß die Lokalisation der Herde entscheidend für die Symptomatologie ist, so daß durch verschiedene Lokalisation der Herde das klinische Bild der Fälle wesentlich verschieden ausfallen kann.

Solche sklerosierende Prozesse können sich an ein Trauma oder akut entzündliche Veränderungen verschiedenen Ursprungs anschließen.

3. Fälle, welche auf **hereditärer Degeneration** beruhen, und zwar entweder auf primärer Degeneration der Ganglienfasern (Heredodegeneratio cellularis) oder der Nervenfasern (Aplasia axialis extracorticalis congenita). Letztere betrifft die Markscheiden und die Achsenzylinder und bietet ein ähnliches Bild wie die multiple Sklerose.

4. Fälle sogenannter **tuberöser Sklerose.** Sie bildet den Übergang von der Aplasie zu den Tumoren und geht mit Tumoren der Nebenniere der Haut und mit Störungen der Gefäßentwicklung einher.

5. **Gliom, Gliosis** und **Gliomatosis.**

6. **Pseudosklerose,** bestehend in Schrumpfungsprozessen infolge chemischer Einflüsse.

Nur die vaskuläre Form ist meist nach dem Ablauf des Ausfalles abgeschlossen, die entzündliche und tuberöse Sklerose sind progredient. (Nach Autoreferat.)

Spieler meint, daß die diffuse Sklerose gegenüber den anderen Störungen doch gut abgrenzbar ist. Der im Falle von Zappert beobachtete Beginn der Erkrankung nach Trauma, die akuten zerebralen Symptome im ersten Stadium unterscheiden den Fall von den typischen Formen der diffusen Sklerose, zu denen die von Sp. beobachteten Fälle gehören. Der geistige Verfall im Laufe der Erkrankung tritt bei Kindern häufiger auf als bei Erwachsenen.

B. Schick. **Lues hereditaria tarda mit Riesenwuchs der unteren Extremitäten bei einem 11jährigen Mädchen.** Die Großmutter mütterlicherseits leidet an Lues. Patientin zeigte angeblich bis zum 5. Lebensjahre keine luetischen Symptome. Von da ab entwickelten sich allmählich schwere Veränderungen; jetzt bestehen Defektbildungen im weichen und harten Gaumen, Ozaena luetica, Perforation des Nasenseptums, luetische Infiltrationen am Larynxeingang. Von der Hutchinsonschen Trias sind typische Zahndeformitäten und Taubheit vorhanden. Die Leber ist besonders im rechten Lappen schwer verändert, dieser ragt bis zur Nabelhöhe und ist auf der Oberfläche höckerig. Die schwersten Veränderungen finden sich

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am Skelett. Die das linke Kniegelenk formierenden Gelenkskörper sind stark verdickt, es besteht deutlicher Erguß in das Gelenk. Die Tibien zeigen mächtige periostale knochenharte Auftreibungen und sind säbelscheidenartig verbildet. Beide untere Extremitäten sind auffallend lang, besonders aber die linke. Wenn Patientin steht, so hält sie das linke Kniegelenk gebeugt, um die Längendifferenz der beiden Extremitäten auszugleichen. Schmierkur, Behandlung mit Decoct. Zittmannii und Enesol hatte nur wenig Erfolg.

K. Preleitner. **Zelluloid-Stahldrahttechnik nach Langes Methode zur Herstellung von orthopädischen Apparaten.** Die nach dieser Methode hergestellten Apparate sind geeignet, fast alle bisher vom Bandagisten angefertigten Apparate zu ersetzen, diese durch Leichtigkeit, Haltbarkeit und Billigkeit sogar zu übertreffen. Der Verband besteht im Innern aus einer weichen Filzlage; darüber werden Leinwandgurten gelegt, die mit einer Lösung von Zelluloid in Azeton (1 : 3) bestrichen werden. Durch Einschalten von Stahldrähten wird der Verband verstärkt und dann zurechtgeschnitten. An neuen Apparatformen demonstriert P. die Langeschen Plattfußeinlagen, die Klumpfußschienen für die Frühbehandlung des Klumpfußes, die Langeschen Liegebetten zur Skoliosenbehandlung, die Beckenringe nach Hüftgelenksluxation usw. Schick.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Offizielles Protokoll.

Pädiatrische Sektion.

(Deutsche med. Wochenschrift.)

Sitzung am 30. Januar 1911.

Vorsitzender: Heubner; Schriftführer Finkelstein.

Vor der Tagesordnung. 1. Tugendreich: **Eine Reaktion zur Unterscheidung von Frauen- und Kuhmilch.** In Ergänzung der Mitteilung von Engel und Purnau weist T. darauf hin, daß Frauenmilch sich von Kuhmilch durch Zusatz und Schüttelung mit Silbernitrat (1—2 %) leicht unterscheiden läßt. Frauenmilch nimmt nach dreimaligem Aufkochen eine milchkraffeebraune bis braunviolette Färbung an, während Kuhmilch die Reaktion nicht oder nur andeutungsweise gibt.

Tagesordnung. 2. **Bericht über die Tätigkeit der Poliomyelitiskommission.** A. Baginsky referiert über die zwei stattgehabten Sitzungen und das Ergebnis der daraufhin erfolgten Besprechung im Kultusministerium. Die seiner Zeit im Verein angeregte Meldepflicht ist verfügt worden, und auch weitere Maßnahmen hat das Ministerium nach Mitteilung Kirchners in die Wege geleitet. Eine Mitarbeit des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde an der Herausgabe des Merkblattes und an der Sichtung des Materials erscheint nicht tunlich. Danach ist eine weitere Tätigkeit der Kommission gegenstandslos geworden.

3. A. Baginsky: **Poliomyelitisfälle.** Wir haben zwei neue Fälle von Poliomyelitis im Krankenhause aufgenommen — auch in der Charité sind in den letzten Wochen neue Fälle beobachtet. Der eine unserer Fälle ist ganz typisch. Dann haben wir aber einen zweiten Fall, der uns schon viel Kopfzerbrechen gemacht hat. In dem Falle handelte es sich um ein sieben Monate altes Kind, welches an Krämpfen erkrankt war und bei welchem Erscheinungen höchst bedenklicher Art aufgetreten sind; unter anderen Lähmungserscheinungen auf der rechten Seite mit gesteigerten Reflexen, Störungen des Hör- und Sehvermögens, Bewußtlosigkeit usw. Der Fall hat sich seltsam und sonderbar entwickelt, aber ich bin doch allmählich zu der Überzeugung gelangt, daß er in diese Gruppe der Polioencephalo-Myelitis hineingehört. Diese zwei Fälle sind mir also neuerdings im Kinderkrankenhause begegnet. Ich habe noch zwei Fälle in der Privatpraxis gehabt in einer Familie, wo prächtige Kinder von sieben und drei Jahren angefangen haben, plötzlich zu erbrechen und nunmehr Phänomene zeigen: Erschöpfungszustände, schwankenden Gang und Unsicherheit auf den Beinen ohne eigentliche Lähmung, die Patellarreflexe fehlen vollkommen. Die Kinder sind

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schlaff und bleich. Sie zeigen sonst freilich keine schweren Erscheinungen, aber es ist doch so, als ob die Kinder von der Infektion gerade eben nur berührt worden seien. Gerade solche eigenartige, flüchtige Fälle zu sammeln, wäre sehr erwünscht, und zu ihrer Erkenntnis zu führen, wäre auch ein gutes Merkblatt für die Ärzte wohl erwünscht, weil selbst gewiegte Praktiker die Krankheit verkennen könnten.

Diskussion. Heubner: Jedenfalls möchte ich meine Ansicht mit Baginsky dahin aussprechen, daß unsere damalige Prognose eingetroffen ist. Wir haben neue, ganz akute Fälle gehabt, und ich glaube, wenn sich das im Winter ereignet, ist sehr zu befürchten, daß die Epidemie im Frühjahr noch steigen wird.

4. Japha: **Augenhintergrundbefunde bei hereditärer Syphilis.** (Erscheint als Originalartikel.)

5. Erich Müller: **Über Pariser Kinderspitäler.** Die allgemeinen Einrichtungen bieten nichts Besonderes, dagegen sind die Infektionsabteilungen mit ihren umfangreichen und verschiedenartigen Absperrmöglichkeiten ausgezeichnet und sicher besser, als wir sie gemeinhin in Deutschland und auch in Berlin besitzen. Besonderes Interesse beanspruchen die Einrichtungen, die Dr. Lesage im Hospital Herold getroffen hat. Sein System weicht in wesentlichen Punkten von unseren bisherigen Anschauungen über die Verbreitung infektiöser Keime ab und stellt ein neues Prinzip auf. Der Krankensaal von Lesage besteht aus zwei Reihen von Boxen, die durch einen breiten Mittelgang getrennt sind. Die einzelne Boxe ist nach den vier Seiten vollkommen geschlossen, die dem Mittelgang zugewandte Seite besteht aus einer verschließbaren Tür. Nach oben ist die Boxe offen, so daß die Innenluft frei mit dem oberen Luftraum kommuniziert. Die Boxenwände sind nur reichlich 2 m hoch und bestehen in ihrem unteren Teil (1 m) aus Holz und in ihrem oberen (1,2 m) aus Glas. In diese Boxen kommen nun die Kinder wahllos hinein, wie sie die Aufnahme bringt, gleichgültig, ob das Kind mit einer infektiösen Krankheit und mit welcher es behaftet ist, oder ob es nicht kontagiös erkrankt ist. Der Verkehr zwischen Personal und Kind ist ein vollkommen freier, wie auf jeder inneren Station. Arzt und Personal verkehren von Boxe zu Boxe, ohne den Mantel zu wechseln und ohne sich besonders die Hände zu reinigen oder gar sich zu desinfizieren. Von einem Desinfektionsmittel wird überhaupt niemals Gebrauch gemacht. Jede Reinigung geschieht lediglich mit lauwarmem Wasser und Seife. Die Theorie, auf der Lesage dieses System aufgebaut hat, läßt sich kurz in folgenden Sätzen zusammenfassen. Die Verbreitung der infektiösen Kinderkrankheiten geschieht durch den Luftzug (Flügges Tröpfcheninfektion). Der Wind ist der Verbreiter der Infektion. Je mehr Zugluft in einem Saale herrscht, desto schneller und leichter werden die Keime von dem infizierten Kinde aus weiter verbreitet werden. Auf diesem Gedankengang beruht das Isoliersystem von Lesage, und nach seinen Erfahrungen, die sich auf einen Zeitraum von 22 Jahren und auf ein Material von etwa 25000 Fällen stützt, genügen die etwa 2 m hohen Wände, um mit einer praktisch ausreichenden Sicherheit die Keime in der Boxe festzuhalten. Die Ventilation geschieht einmal nur oberhalb der Boxen und dann nur in sehr vorsichtiger Form durch eine oder mehrere perforierte Scheiben, die sich im obersten Teil der Fenster befinden. Die Fenster im Bereich der Boxen werden niemals geöffnet. Die ganze Ventilation vollzieht sich so in dem oberhalb der Boxen gelegenen Luftraum. In der Boxe von Lesage herrscht sozusagen Windstille, und sein ganzes Bestreben richtet sich darauf, die Luft innerhalb der Boxe möglichst wenig in Bewegung zu bringen. Die Tür der Boxe wird stets geschlossen gehalten, und wenn ein Besucher die Boxe betreten hat, wird sie schnell wieder verschlossen. Es wäre sehr wünschenswert, auch einen Versuch in Deutschland nach dieser Richtung hin zu machen. Ein solcher Pavillon nach Lesage ist weder teuer im Bau noch im Gebrauch. Er würde für kleine Krankenhäuser, deren Infektionsabteilungen oft erfahrungsgemäß Wochen und Monate leer stehen, sowohl eine Raum- als auch eine Geldersparnis bedeuten.

Diskussion. A. Baginsky: Die von Müller aus dem Lesageschen Krankenhaus uns vorgeführten Nova sind eigentlich keine Nova mehr; sie sind, wie Sie hören, schon im Krankenhaus des Institut Pasteur durchgeführt, und, soweit eine volle Abtrennung der Einzelräume durch Glaswände vermieden ist, bereits von Grancher angebahnt worden. An dem Krankenhause des Institut Pasteur bin ich sogar bis zu einem gewissen Grade mitbeteiligt, da ich seinerzeit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kollege Martin nach Paris die Pläne des Diphtheriepavillons unseres Kinderkrankenhauses auf seinen Wunsch zur Verfügung gestellt und eingesendet habe, und was Granchers Idee betrifft, so begnügte er sich mit der Abgrenzung infizierter Kranker mittels Schirme und Mäntel, die ihm angeblich genügten, die Weitertragung der Infektionskrankheiten zu verhüten. Auch bei Hutinel in dem Krankenhause „Pour les Enfants assiotées" in Paris konnten Sie die halbgeschlossenen Boxes sehen. Dies ist also alles alt und bekannt. Das Neue wäre die Theorie des Herrn Lesage über die Art der Übertragung durch die Luft. Gerade hier muß man ihm aber, wie ich glaube, entgegentreten. Gewiß können wohl Keime in der nächsten Nähe von Kranken in der Luft verbreitet werden; eine Weitertragung der Infektion durch solche Keime wird aber immer zu den großen Seltenheiten gehören; die eigentliche Weiterverbreitung der Infektionskrankheiten geschieht durch den Kontakt. Gerade dies haben die jüngeren Forschungen auf das strikteste erwiesen. Darum aber wird man eben auch verschiedene Infektionskrankheiten nicht nebeneinander in einem Hause, sondern in getrennten Häusern, in Isolierabteilungen, wie man es nennt, unterbringen müssen, wenngleich man ja imstande sein muß, in Einzelzimmern nebeneinander liegende Kranke vor gegenseitiger Infektion für einige Zeit zu schützen, wie wir dies ja seit langem in unserer Quarantäneabteilung im Kinderkrankenhause tun. So lehrt das aus dem Lesage-Krankenhaus gebrachte Neue gewiß nichts Neues, und die Theorie ist nicht richtig; eher ein Rückschritt als ein Fortschritt. Ich hoffe, in dem Neubau unseres Kinderkrankenhauses, welcher jetzt im Gange und weit vorgeschritten ist, Ihnen zeigen zu können, wie man ein gutes Kinderkrankenhaus im modernen Sinne zu bauen habe, freilich ohne auch da wesentlich Besseres gemacht zu haben, als wir bereits fast tadellos besitzen, was sich so viele Jahre bewährt hat. Wir würden dagegen, wie ich glaube, mit Lesages Ideen nicht zum gleichen Ziele gelangen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 9. Dezember 1910.

Schneider: Demonstration eines Falles von **Bronchitis pseudomembranacea chronica sive plastica.** Fast 6jähriger Knabe.

Diskussion: Hüttenbach, Ibrahim, Schneider.

Moro: Über **Dermatitis fibrinosa faciei.** (Erscheint ausführlich in der Münchener med. Wochenschrift).

Moro: Über **dyspeptische Exantheme bei Säuglingen.** Masern- oder rötelähnliche, seltener skarlatiniforme, meist polymorph-gemischte, hellrote Exantheme, sehr flüchtiger Natur, bei jungen, zarten Säuglingen, mit akuten, sauren Dyspepsien. Sehr häufig kombiniert mit Intertrigo und Soor. Temperatursteigerungen selten, höchstens im Zusammenhang mit der Dyspepsie, niemals über 38°. Fleckige Exantheme, besonders am Stamm und an den Beugeseiten der Extremitäten mit Neigung zu Konfluenz an Knien und Ellbögen. Im Gesicht fast regelmäßig kleinste, stecknadelkopfgroße Knötchen oder Stippchen, woraus sich durch Sekundärinfektion später mäßige Pyodermien entwickeln können. 16 poliklinische Beobachtungen. Von den Müttern wurde oft nur „wegen Masern oder Scharlach" ärztlicher Rat eingeholt. Wahrscheinlich sind so manche Angaben, bei gewissen Exanthemanamnesen, wonach das Kind die „Flecken" schon einmal als Säugling gehabt haben soll, auf solche dyspeptische Ausschläge zurückzuführen.

Moro: **Über die Stellung der Erythrodermia desquamativa (Leiner) Krankheitssystem.** (Erscheint ausführlich in der Münchener med. Wochenschrift)

Diskussion: Trumpp, Seitz, Ibrahim, Doernberger, Moro.

Meier: **Frühe Drucke aus dem Gebiete der Kinderheilkunde.** Vortr. hat schon seit einer Reihe von Jahren versucht, die für die Kinderheilkunde wichtigen Werke vergangener Zeiten zu sammeln. Seiner Demonstration lagen die Schriftsteller

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zugrunde, die aus dem ersten Jahrhundert seit Einführung der Buchdruckerei stammen (1450—1550). Demonstriert wurden: Bagellardus Paulus a Flumine, 1472. — Bartholomeus Mettlinger 1473 (1. Ausg.) — Roesslin Eucharius, 1513 (Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten). (Regiment der Gesundheit für die jungen Kinder, 1541.) (Ordnung eines ehrbaren Rats der Stadt Regensburg, die Hebammen betreffend, 1555.) — Antoine du Saiy, 1532 (altfranz. Gedicht). — Julius Alexandrinus, 1541. — Sebastianus Austrius, 1540. — Gualtherus Ryff, 1569 (Hebammenbuch). — Leonellus Faventinus, 1544. — Blondus Michael Angelus, 1539. — Accorombonus Eugebius, 1536 und Gessner Konrad, 1543 (Die ersten Bücher über Milchkunde).

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Das Herrenhaus hat in einer seiner letzten Sitzungen ein Gesetz über die Schulpflicht blinder und taubstummer Kinder angenommen. Danach beginnt die Schulpflicht in besonderen Anstalten für die blinden Kinder mit dem sechsten Lebensjahre, für die taubstummen mit dem siebenten Lebensjahre. Bei Kindern, die in der Entwicklung zurückgeblieben sind, kann der Beginn der Schulpflicht bis zu drei Jahren hinausgeschoben werden. Was die taubstummblinden Kinder betrifft, so wurde in einer besonderen Resolution erklärt, daß der Erlaß gesetzlicher Bestimmungen über deren Schulzwang zurzeit noch nicht angängig ist. Die Regierung wird aber ersucht, der Schulpflicht und der Ausbildung der taubstummblinden Kinder besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Sobald sich die Ausbildungsmethode bewährt hat und die Anstaltsunterbringung der Taubstummblinden sich ermöglichen läßt, soll auch für diese die Verpflichtung zum Schulbesuch festgesetzt werden.

— Der Heilpflegeverein für kränkliche und schwächliche Kinder des Mittelstandes hat in dem Ostseebad Henkenhagen ein Mittelstands-Kinderheim eingerichtet, das unter ärztlicher Aufsicht und unter Leitung einer Johanniterschwester steht. Neben den natürlichen Heilfaktoren: Seebäder, Wald- und Seeluft gelangen Warmsee- und Solbäder, Sole-, Trink- und Inhalationskuren, sowie gymnastische Übungen zur Anwendung. Neben der körperlichen wird auch der Seelenpflege volle Aufmerksamkeit zugewandt. Die Kurzeit beträgt vier Wochen, doch kann die Pflege auch auf mehrere Kurzeiten ausgedehnt werden. Jede Pflegeperiode läuft vom 1.—28. der Monate Mai bis September einschließlich. Der Pflegesatz beträgt 100 Mk. für eine Kurzeit, wofür Verpflegung, ärztliche Behandlung, Bäder und freie Reise von Berlin nach Henkenhagen und zurück gewährt wird. In Fällen, in denen die Eltern nicht in der Lage sind, die vollen Pflegekosten zu zahlen, gewährt der Verein Beihilfen. Aufnahmegesuche sind vier Wochen vor Beginn der jeweiligen Kurzeit an die Geschäftsstelle in Werder (Havel), Phöbenerstraße 37, oder an Generalmajor z. D. v. Loebell, Berlin, Schönebergerufer 39, Gartenhaus I, zu richten.

Freiburg i. B. Priv.-Doz. Dr. Schelble ist zum leitenden Arzt des Kinderkrankenhauses in Bremen ernannt.

Gestorben: Dr. E. F. Cushing, Prof. der Kinderheikunde in Cleveland.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.**
Elberfeld u. Leverkusen b. Mülheim a./Rh.

Afridolseife

(mit 4% oxymercuri-o-toluylsaurem Natrium)

Antiseptische, unbegrenzt haltbare Quecksilberseife
ohne Reiz- und Ätzwirkung,
den Sublimatseifen an Wirkung weit überlegen.

Ausgezeichnete Erfolge bei parasitären Hautausschlägen
(Akne, Favus, luetische Hautausschläge usw.)
Prophylaktikum bei Furunkulose.
Zur Händedesinfektion der Ärzte.
„Originalpackung Bayer".

Dürkheimer Maxquelle

Stärkste Arsenquelle Deutschlands
(Arsengeh. 17,4 mgr. As_2O_3 i. l.)
Bestbekömmlichstes aller Arsenwässer von frappanter Heilwirkung.
In der Kinderpraxis außerordentlich gut bewährt.
Das Wasser wird gerne genommen und gut vertragen.
Probequantum, Literatur, Prospekte und Trinkschemata den Herren Ärzten unentgeltlich und franko.
Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Wiesbaden.

Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Farbwerke vorm. MEISTFR LUCIUS & BRÜNNIG, Höchst a. M.

PEGNIN

(Milchzucker-Labpräparat)

ist keimfrei und macht die Kuhmilch nach Dr. von Dungerns Verfahren leicht verdaulich.

Die mit Pegnin gelabte Vollmilch wird vom gesunden und kranken Säuglinge ausnahmslos gut vertragen und ermöglicht es, dem Kinde die Nahrung in konzentriertester und außerordentlich leicht verdaulicher Form zu geben.

Pegninmilch bewirkt eine rapide Gewichtszunahme und Hebung der Körperkräfte.

Erprobt bei den schwersten Fällen von Magen- und Darmerkrankungen der Säuglinge, älterer Kinder und Erwachsener.

Proben und Gebrauchsanweisung stehen den Herren Ärzten zu Diensten.

„Tussiculin“ Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich.“

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blutbildendes Kräftigungs- und Nährmittel!

Nettelbeck's Braunschweiger MUMME

Ältestes Malzpräparat — alkoholfreier flüssiger Malzextrakt.

Ein hervorragendes diätisches **Nähr-** und **Stärkungsmittel** für alle Leidenden, besonders für **blutarme** schwächliche Personen und **Kinder vom Säuglingsalter** an. **Wöchnerinnen** gibt die Mumme reiche Nahrung.
49,02% Maltose, 3,69% Eiweißstoff, 0,50% Phosphorsäure.

Wird wegen des angenehmen würzigen Malzgeschmackes sehr gern genommen und ist sehr bekömmlich. Unentbehrlich in der Kinderpraxis in allen Fällen, in denen keine natürliche Ernährung stattfindet.

Den Herren Ärzten Prospekte und Proben gratis und franko.

Man verlange stets Marke
H. C. F.

Braunschweiger Mumme-Brauerei
H. C. F. Nettelbeck, Ges. m. b. H.
Braunschweig, Beckenwerker Str. 26.

Gern genommen
als Korrigens für Milch
Kathreiners Malzkaffee!

D. R. W. Z. 128247

Pnigodin

D. R. W. Z. 128247

Kräftiges Expectorans

PERTUSSIS

Indikationen: **Pneumonie, Broncho-Pneumonie, Bronchitis, Asthma bronchiale.**

Auffallend schnelle Heilerfolge.

Hervorragend bewährt auch in der **Säuglingspraxis!**

Bestandteile: Cinnamom. Ceylan. Pnigodin (Glykosid). Sambuc. nigr. Malt. Hord. sterilisiert, frei von Alkohol.

Zahlreiche Anerkennungen.

Von der Würzburger Universitäts-Poliklinik und anderen größeren Heilanstalten mit überraschendem Erfolge angewendet.

Versuchsquanten den Herren Ärzten gratis durch die

Pnigodin G. m. b. H., Charlottenburg P. A. 5.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke. Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke, E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**

Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

Dr. Walther Koch's ‚PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung :: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. Juli 1911. Nr. 7.

I. Originalbeiträge.

Aus der Versammlung der internen Sektion des Prager „Vereines der böhmischen Ärzte" vom 6. Februar 1911.

Bromoderma beim Säugling.

Von

Dr. G. Čech.

M. H.! Ich erlaube mir ein 9 Monate altes Kind vorzustellen, welches uns am 20. Januar 1911 von der auswärtigen Pflege einer eigenartigen Hauterkrankung wegen zurückgebracht wurde. An den unteren Extremitäten, dann am Kopfe, weiter auf zwei Stellen am Rumpfe befanden sich krankhafte Gebilde, welche in ihrer größten Ausdehnung flachen Geschwülsten ähnlich waren und an den unteren Extremitäten fast die ganze Peripherie der Unterschenkel als dicht aneinander liegende Streifen einnahmen. Einzelne Streifen waren 2—3 cm breit und erreichten die Höhe von $^1/_2$—1 cm, ihre Ränder waren scharf, steil herabfallend. Nur hie und da befanden sich kleinere, dem Rande anliegende Effloreszenzen von Stecknadelkopf- bis Linsenkorngröße, welche den Rand jener großen Bildungen dadurch unscharf machten. Das Aussehen, wie schon erwähnt, war streifen- oder ellipsenförmig. Die Oberfläche wurde teils durch weißliche Epidermis, mit einem leisen Hauche ins Rosa, teils durch bräunlichschwarzen Schorf gebildet. In dieser rötlichweißen Epidermis, welche sich durch einen wachsartigen Glanz kennzeichnete, wurden kleine, gelbliche Pünktchen, dicht aneinander gelagert, sichtbar, wogegen in der durch jenen bräunlichen Schorf bedeckten Partie mehrere Vertiefungen, zum Teil mit schwarzen Massen gefüllt, zum Teil leer sich befanden. Nach der Ablösung des Schorfes wurde ein rötlicher, leicht blutender, papillomatöser Grund sichtbar. Die Haut in der Umgebung der beschriebenen Effloreszenzen war ohne Veränderungen. Das Kind wurde künstlich ernährt und litt an Dyspepsie. Näheres war uns unbekannt. Der herbeigerufene Doz. Dr. Šamberger äußerte sogleich den Verdacht, daß es sich vielleicht um ein Bromoderma handele. Wir ersuchten daher den Landarzt um Information. Bevor die Antwort kam, änderte sich ein wenig das Bild. Das Kind wurde einer Amme übergeben, und die Dyspepsie fing an sich zu bessern. Brom im Urin wurde nicht nachgewiesen. Jene großen Bildungen an den unteren Extremitäten fingen an sich abzuflachen und sozusagen sich in die umgebende Haut zu vertiefen. Dagegen zeigte sich plötzlich in einer Woche eine

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eruption von kleinen Knötchen mit gelblichem Inhalt und geröteter Peripherie im Gesichte, auf der behaarten Haut des Kopfes, am Rumpfe und hauptsächlich an den beiden Oberschenkeln. In zwei Tagen vermehrten sich die Knötchen, stellenweise flossen sie inselartig zusammen, und es wurde zugleich an den so zusammengeflossenen Effloreszenzen eine Vertrocknung und Schorfbildung sichtbar. Unterdessen kam die Mitteilung des Arztes: das Kind litt angeblich seit Mai vorigen Jahres an Darmkatarrh, beiderseitiger Mittelohrentzündung und eklamptischen Anfällen. Der großen Unruhe wegen, die auch später fortdauerte, trotzdem eine Besserung der Ernährung und der dyspeptischen Störungen eintrat, wurde dem Kinde systematisch Natrium bromatum, 1:100 Wasser, 2—3 Löffel verabreicht, angeblich etwa ein Fläschchen wöchentlich. Die ersten Symptome einer Hauterkrankung stellten sich im Dezember ein, die Affektion wurde für Ekzem gehalten und mit Lassarpasta behandelt, außerdem wurde weiter, je nachdem es notwendig schien, Brom verordnet. Es beträgt also die eingenommene Menge von Natrium bromatum in der Zeit von Mai bis Januar etwa 40 g. Heute verschwinden die ursprünglichen großen Gebilde, sie sind bedeutend flacher, dagegen nähern sich die neuen in ihrem Charakter den ursprünglichen, sie sind mit einem grauschwarzen Schorf bedeckt, hie und da sind noch kleine Knötchen sichtbar.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

E. Welde, Ein Fall von Erythrodermia desquamativa (Leiner). (Säuglingsheim Dresden.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9. Nr. 8. S. 391.) Typischer Fall bei einem 6 Monate alten Kinde, das $3^1/_2$ Monate an der Brust war. Ausgang in Tod. Der Fall ist deswegen bemerkenswert, weil das Kind mit dieser Erkrankung das Alter von 6 Monaten erreichte, während sonst die Erkrankung meist früher zum Tode führt. Schick.

Emil Döbeli, Über die Empfindlichkeit verschieden alter Tiere gegen die Opiumalkaloide. (Pharmakolog. Institut Bern.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9. Nr. 8 S. 397.) Die Versuche wurden am Kaninchen durchgeführt, zur Prüfung verwendete D. Tinct. Opii, Pantopon, Morphium, Kodein. Die Resultate sind folgende:

1. Klinische und toxikologische Beobachtungen machen eine besondere Empfindlichkeit gegen Opium nur für Säuglinge, nicht aber für ältere Kinder wahrscheinlich.

2. Saugende Kaninchen, die sich nur von Muttermilch nähren, sind gegen Tinctura Opii, Pantopon und Morphium, auf das Kilogramm Körpergewicht berechnet, mehr als doppelt so empfindlich als die ausgewachsenen Tiere. Etwas ältere Kaninchen dagegen zeigen diesen Medikamenten gegenüber genau die gleiche Empfindlichkeit wie ausgewachsene.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Für das Kodein ist die Empfindlichkeit aller Altersstufen die gleiche. Schick.

J. Wickmann, Über größere Serumdosen bei Diphtherie. (Seuchenhaus Stockholm.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9. Nr. 8. S. 421.) Die Untersuchungen von Dönitz und Fritz Meyer über bessere Heilwirkung großer Serumdosen bei mit Diphtherietoxin vergifteten Tieren hat W. veranlaßt, im Jahre 1901 im Seuchenhause in Stockholm bei an Diphtherie erkrankten Menschen große Serumdosen zu verwenden. Die Meyerschen Versuche haben ergeben, daß bei bestehender Blutdrucksenkung, welche wahrscheinlich die direkte Todesursache im akuten Stadium der Diphtherie darstellt, auch große Serumdosen nichts mehr ausrichten können, dagegen können solche, zu mittleren Zeiten nach der Vergiftung verabreicht, den Eintritt der Blutdrucksenkung verzögern und, rechtzeitig gegeben, dieselbe verhüten.

Bis Sommer 1901 wurden die vorher üblichen Serumdosen (durchschnittlich 1900 I.-E.) angewendet. Von da ab für die Kruppfälle und schwere Diphtherien die Dosen gesteigert. Für leichtere Kruppfälle betrug die Dosis 5000, für zur Operation gelangende 9000 A.-E. Die Mortalität sank trotz viel schwererer Fälle um ca. 10%. Bei septisch-toxischen Diphtheriefällen wurden 12000—35000 A.-E. injiziert, meist in Einzeldosen von 5000—7500. Von diesen Fällen starben 4. W. ist geneigt, diese geringe Mortalität auf die Behandlung mit großen Dosen zu beziehen. Schick.

S. Kramsztyk, Über den Bakteriengehalt der Säuglingsfäzes. (Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus, Abteilung Langstein.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Nr. 2. S. 169.) Die bisherigen Arbeiten über die Bedeutung der Darmbakterien im Säuglingsalter betreffen vorwiegend die Qualität der Darmbakterien, weniger die Quantität. Weiter kommen in Betracht die Beziehungen zwischen den Verdauungsstörungen des Säuglings und der Menge der Darmbakterien. Die Bestimmung der Bakterienmenge erfolgt mit der Wägungsmethode nach Strassburger (verbessert nach Ehrenpfordt). Der durchschnittliche Wert des Prozentgehaltes der Trockensubstanz der Fäzes an Bakterien beträgt 15,43%. Die Zahlen liegen bei gesunden bzw. rekonvaleszenten Säuglingen zwischen 10—25% ($^1/_{10}$—$^1/_4$ der Kottrockensubstanz). Die mittleren Werte überwiegen und entsprechen den von Schmidt und Strassburger bei Erwachsenen gefundenen Werten. Niedrigere Zahlen wurden bei 2 Brustkindern gefunden. Diesen Werten sind die Zahlen bei mit $^2/_3$ Milch ernährten Säuglingen gegenüberzustellen, am höchsten ist der Wert bei Zugabe von etwas gemischter Kost (18,48%). Erhöhung des Kohlenhydratgehaltes der Nahrung scheint auch die Bakterienmenge zu erhöhen, dabei dürfte auch die Qualität des zugesetzten Kohlenhydrates eine Rolle spielen. Die Bakterienmenge ist bei Malzzusatz größer als bei Zusatz von Soxhletzucker mit etwas Mehl. Bei Ordnung der Stühle nach der Darmflora zeigen sich keine erheblichen Unterschiede.

Die absolute Menge der Bakterien beträgt bei gesunden Kindern 1,1 g (beim Erwachsenen 4,5—5,3). Diese absolute Menge ist abhängig von der Größe des Kindes und der Größe der Nahrung. Die

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tatsache, daß die Bakterienmenge beim Säugling relativ ebenso groß ist wie beim Erwachsenen, spricht dafür, daß die Darmbakterien beim Säugling dieselbe Bedeutung haben wie beim Erwachsenen.

Die Untersuchungen der Bakterienmenge bei Verdauungsstörungen, von denen K. manchen Vorteil für das Verständnis der Pathogenese der Ernährungsstörungen erwartet, sind erst im Gange. Schick.

S. Cobliner, Blutzuckeruntersuchungen bei Säuglingen. (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Nr. 3. S. 207). Manche Säuglinge mit Ernährungsstörung scheiden im Urin Zucker aus. Bei Erwachsenen wird als Ursache von Glykosurie Hyperglykämie angesehen. Es war zu untersuchen, ob auch bei der Meliturie der Säuglinge Hyperglykämie vorhanden ist. Zu diesem Zwecke war es notwendig, den Blutzuckergehalt des gesunden Kindes zu bestimmen. Angaben über denselben fehlen bisher. Eine neue Methode (Moeckel und Frank) gestattet, solche Bestimmungen bei geringer Blutmenge durchzuführen. C. untersuchte dann auch Kinder mit Ernährungsstörung, mit exsudativer Diathese und endlich solche Kinder, die auf Kochsalzinjektion Glykosurie zeigten. Die Untersuchungen ergaben folgendes Resultat:

Säuglinge haben physiologisch einen höheren Blutzuckergehalt als der Erwachsene. Die erhaltenen Werte schwanken zwischen 0,09—0,15 %, das Mittel beträgt 0,119 %. Nur in den ersten 3 Lebenswochen findet man ähnliche Werte wie beim Erwachsenen (0,085 % im Mittel). C. bringt die Tatsache des höheren Blutzuckergehaltes mit dem erhöhten Zuckerstoffwechsel in Zusammenhang.

Kinder mit exsudativer Diathese haben Hyperglykämie. Kinder mit Dyspepsie und Intoxikation zeigen keine Erhöhung des Blutzuckergehaltes. Bei Dekomposition besteht Hyperglykämie, die bei Besserung des Zustandes normalem Blutzuckergehalt Platz macht. Bei Salzfieber kann es zu Hyperglykämie kommen. Schick.

Jerome S. Leopold, Über die Wirkung der verschiedenen Zuckerarten bei ernährungsgestörten Säuglingen. (Städt. Kinderasyl Prof. Finkelstein.) (Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 1. Nr. 3. S. 217.) L. hat sich die Aufgabe gestellt, die Beziehungen zwischen oral einverleibten Zuckerarten und Entstehung von Durchfällen zu studieren, ebenso die Beziehungen zum Verhalten des Körpergewichtes und zur Körpertemperatur klinisch zu verfolgen und dabei eine vergleichende Betrachtung der verschiedenen Zuckerarten vorzunehmen. L. fand, daß bei einmaliger Darreichung einer Dosis von 10—30 g Zucker von den in der Praxis der Säuglingsernährung gebräuchlichen Zuckerarten (Laktose, Glukose, Saccharose, Maltose, Nährzucker, Nährmaltose) die Dextrin-Maltosegemische, das sind die drei letztgenannten, diejenigen sind, die weitaus weniger leicht Durchfall und Fieber erzeugen, als die reinen Zucker. Für die Entstehung eines Zuckerfiebers ist außer der Zuckerart von Bedeutung noch der Zustand des Darmes und die Beschaffenheit seines Inhaltes. Wenn der Stuhl normal geblieben war, kam es zu keiner Temperatursteigerung. Andererseits kommt es aber nicht in allen Fällen, wo Diarrhoen eintreten, zur Temperatursteigerung. Der Mechanismus des Zuckerfiebers ist komplizierter als der des Salzfiebers; bei molkenreich genährten

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kindern fanden sich erheblich häufiger fieberhafte Reaktionen als bei molkenarm genährten. Das Zuckerfieber ist viel seltener experimentell hervorzurufen, als das Salzfieber; seine Kurve ist von der des Salzfiebers in den meisten Fällen durch den späteren Beginn des Temperaturanstieges unterschieden, was jedenfalls auf eine vorbereitende Darmschädigung zu beziehen ist. Schick.

H. Koeppe, Über Merkblätter. (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge Bd. 5 Nr. 1.) K. hält es nicht für richtig, daß in den Merkblättern über Pflege des Säuglings Übertreibungen vorkommen, die der Propaganda nur schaden und Laien und selbst Ärzte in falsche Sicherheit wiegen. Wenn gesagt wird, Muttermilch schütze vor Magendarmstörungen, Rachitis usw., so ist das eben übertrieben; die Mutterbrust schützt dagegen nicht immer. Grätzer.

H. Brüning, Zur Frage der Kindersterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz. (Ebenda.) B. konstatiert mit Bedauern die Tatsache, daß im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz in den Jahren 1905—1909 von 100 lebend zur Welt gekommenen Kindern 20 vor Vollendung des ersten und 25 vor Ablauf des 15. Lebensjahres wieder dahingestorben sind. Grätzer.

Vidal (Darmstadt), Häusliche Überwachung der Säuglinge im Winter. (Ebenda.) Als unerläßliche Forderungen einer erfolgreichen Säuglingsfürsorge stellt V. hin:

1. Möglichst frühzeitiges Aufsuchen der Wöchnerinnen verbunden mit Belehrung über die Prinzipien der Säuglingsernährung und hierbei schon prophylaktische Widerlegung der gewöhnlichen Einwände gegen das Stillen (Schädigung der Mutter, Nahrungsmangel).
2. Strenge Kontrolle derart, daß Frauen, welche aus der Beobachtung fernbleiben, sofort aufgesucht und gemahnt werden.
3. Häusliche Überwachung der Säuglinge im Winter.
4. Ausdehnung derartiger Säuglingsfürsorgestellen über das ganze Deutsche Reich, besonders auch auf die kleineren Orte. Grätzer.

O. v. Franqué, Zur gerichtlichen Beurteilung des Konzeptionstermins nach dem Entwicklungsgrade des Kindes. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen.) (Medizin. Klinik 1911 Nr. 9.) Verf. berichtet über eine Beobachtung von Inkongruenz der Entwicklung des Kindes mit der sicher feststehenden Schwangerschaftsdauer:

Es steht nach dieser Beobachtung fest, daß eine sonst ganz gesunde Frau — auch Zeichen von Endometritis bestanden vorher und nachher nicht — neun Kalendermonate nach der letzten Periode, etwa 6—8 Tage weniger nach der befruchtenden Kohabitation berechnet, ein Kind gebären kann, das nur etwa halb so viel wiegt, als sonst „ausgetragene" Kinder; auch die übrigen Zahlen (Länge und Kopfumfang) bleiben erheblich hinter dem Durchschnitt zurück.

Die übrigen „Reifezeichen" dagegen, namentlich auch das Verhalten des Kindes nach der Geburt sprechen dafür, daß das Kind wirklich ausgetragen war, und somit scheint Ahlfeld recht zu haben, wenn er verlangt, daß künftighin Ärzte und Hebammen gerade auf die

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht zahlenmäßig festzustellenden Reifezeichen und die Lebensäußerungen der Neugeborenen ihre Aufmerksamkeit richten und sich darüber gleich Notizen machen sollten. Grätzer.

P. Croner, Über Anwendung von Nährpräparaten im frühen Kindesalter. (Aus dem Elisabeth-Kinderheim in Borgsdorf bei Berlin.) (Ebenda.) Von Präparaten, die alle 3 Nahrungsstoffe enthalten, sind C. Ovomaltine, Visvit und Biocitin bekannt.

Ovomaltine enthält nach der beigegebenen Analyse 13,6% animalisches Eiweiß, 3,8% Fett und 76,5% Kohlehydrate. Es verhalten sich also E:F = 1:0,6; E:K = 1:5,6; F:K = 1:8,9, 100 g entsprechen 404,6 Kalorien, es ist also möglich, die Nahrung des Kindes täglich um 160 Kalorien zu erhöhen. Was die Bekömmlichkeit anbetrifft, so ist allerdings der hohe Gehalt an Zucker bei Kindern, die Neigung zu Darmkatarrhen haben, unangenehm, trotzdem ein Teil bereits in Maltose übergeführt ist.

Demgegenüber hat das Visvit einen zu hohen Eiweißgehalt. Es setzt sich nach Umrechnung der gegebenen Analyse zusammen aus 74% E, 2,7% F, 14% K; sein Kalorienwert ist 389, die tägliche Anreicherung also zirka 152 Kalorien. Es ist dementsprechend nur da mit Vorteil zu verwenden, wo die Nahrungsnahme völlig darniederliegt und es vor allem notwendig ist, die Stickstoffbilanz des Körpers wieder herzustellen.

Als besonders rationell zusammengesetzt erscheint das Biocitin. Es enthält nach der Analyse von Altmann und Zernick und Kulm 10,7% Lezithin, 38,4% andere stickstoffhaltige Substanz, 11,0% Fette und 28,6% Kohlehydrate in Form von Milchzucker. Hier verhalten sich:

$$E:K = 1{,}7:1,$$
$$E:F = 2:1,$$
$$F:K = 1{,}1:1.$$

Dadurch wird es möglich, mit 100 g Biocitin 421,4 Kalorien dem Körper zuzuführen, also zirka 168 Kalorien täglich. Der Eiweißgehalt gibt die Gewähr, auch bei stärkerer Unterernährung den N-Bedarf des Körpers decken zu können, und die Menge Zucker ist eine prozentualiter nicht so große, daß man befürchten müßte, bei Kindern mit leicht gestörter Verdauung Unheil damit anzurichten. Außerdem ist der Geschmack des Präparates ein so angenehmer, daß die Kinder dieses selbst (in Wasser gequirlt) oder die Nahrung, der es zugesetzt ist, sehr gern nehmen und sich zu reichlicher Aufnahme anregen lassen.

Der Preis dieser Präparate ist im allgemeinen ein bedeutender; muß es sein, da die meisten einer wirklich ehrlichen Arbeit und einer kostspieligen Herstellungsweise in bester Absicht ihr Dasein verdanken. Natürlich gibt es auch Ausnahmen und, wenn man Malzextrakt mit wenig Eisen unter tönendem Namen für das Dreifache des wahren Wertes verkauft, so ist das bedauerlich. Aber auf eine Unsummen verschlingende Reklame können auch die besten unter ihnen nicht verzichten, um überhaupt beachtet zu werden. Deshalb möchte C. betonen, daß die Nährpräparate niemals zu lange und nur dann gegeben werden sollen, wenn man mit der von der Natur gelieferten Nahrung nicht zum Ziele kommt. Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. Daiber (Goßlershausen), Jodipineinspritzungen bei Scharlach. (Medizin. Klinik 1911. Nr. 10). Verf. hat bei 12 Fällen Jodipineinspritzungen gemacht (5—10 ccm des 25%igen Präparates). Bei allen Fällen trat — meist im Verlaufe des 2. Tages nach der Injektion — auffallende Besserung des Allgemeinbefindens ein, es kam nicht mehr zu nennenswerten Temperatursteigerungen. Verf. glaubt, die Wirkung sei so zu erklären, daß Jodipin die Vorgänge, welche bei der Infektionskrankheit zur Heilung führen, anregt. Grätzer.

P. Glaessner, Der angeborene Schiefhals und seine Behandlung. (Aus der Chirurg. Universitäts-Poliklinik der Königl. Charité zu Berlin.) (Therap. Monatshefte, April 1911.) Über die in der Poliklinik geübte Behandlung des angeborenen Schiefhalses sagt G.:

„Die eine Behandlungsart, die unblutige, besteht in aktiven und passiven Übungen, redressierenden Manipulationen, welche eine Dehnung des verkürzten Kopfnickers bezwecken. Sie kommt in Betracht nur für leichte Fälle, bei denen die Schiefhaltung des Kopfes eine ganz geringe, unauffällige ist, und wo der verkürzte Kopfnicker nur eine relativ geringe Spannung aufweist. Zur Unterstützung dieser eben geschilderten Maßnahmen lassen wir gelegentlich noch eine nach Modell hergestellte Lederkrawatte tragen.

Finden wir, daß unsere Bemühungen nicht bald von Erfolg begleitet sind, so quälen wir die kleinen Patienten nicht lange mit den recht lästigen Manipulationen und dem Tragen der trotz bester Arbeit oft sehr störenden Halskrawatte, sondern entschließen uns bald, wie in allen schwereren Fällen, zu einem blutigen Vorgehen.

Findet sich eine Portion des Muskels besonders hochgradig gespannt, tritt dieser Strang bogensaitenartig am Halse vor, und läßt er sich gut umfassen, so üben wir gelegentlich die noch von König bevorzugte Methode der subkutanen Durchtrennung des Muskels. Wir haben uns an vielen Fällen davon überzeugen können, daß diese Methode durchaus gute Resultate gewährt, vorausgesetzt, daß man frühzeitig mit einer orthopädischen Nachbehandlung beginnt. Das Resultat, das man auf solche Weise erreicht, hat vor der gleichzeitig zu schildernden offenen Muskeldurchschneidung den Vorteil, daß am Halse keine sichtbare Narbe zurückbleibt und in allen Fällen das Relief des Halses gut erhalten wird; sie hat aber den Nachteil einer längeren, unbedingt notwendigen, nicht ganz angenehmen Nachbehandlung und der Möglichkeit eines Rezidivs.

In allen übrigen Fällen, also bei älteren Kindern und allen Fällen von schwererem Schiefhals, operieren wir in unserer unter Leitung von Prof. Pels-Leusden stehenden Poliklinik prinzipiell nach von Mikulicz. Von einem 2—3 cm langen Längsschnitt aus, der von der Clavicula an zwischen den beiden Muskelansätzen etwas schräg nach oben und hinten geführt wird, oder von einem der Spaltrichtung der Haut entsprechenden Schrägschnitt wird der Kopfnicker freigelegt. Nach vorsichtiger Freipräparierung des Muskels wird er partienweise mit der Kocher-Sonde von der Unterlage emporgehoben und nach Anlegung von Arterienklemmen in einer

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausdehnung von 1—1½ cm die Muskelfasern in größeren Bündeln exstirpiert. Auf diese Weise werden allmählich, und ohne daß es nur zu der geringsten Blutung zu kommen braucht, Muskel und alle spannenden Stränge bis zur Gefäßscheide und, falls diese sich noch spannt, auch diese exstirpiert. Hierauf wird die Wunde, in welcher wir nie eine Unterbindung nötig haben, vollständig geschlossen und mit einem aseptischen Verband bedeckt. Solange der Patient noch in Narkose ist, wird um Kopf, Stirn, Hals und oberen Teil der Brust ein Gipsverband angelegt, welcher den Kopf so fixiert, daß er nun nach der kranken Seite gedreht und nach der gesunden Seite geneigt ist. Nach 10 Tagen werden die Nähte durch ein Fenster im Verbande entfernt; der Gipsverband selbst bleibt 4—6 Wochen liegen. Eine weitere Nachbehandlung findet nicht statt.

Die beigefügten Photographien zweier Patienten vor und nach der Behandlung zeigen, daß wir mit den Resultaten recht zufrieden sein können. Die ambulant ausgeführte Behandlung hat an die Patienten und die Angehörigen derselben in keiner Weise große Anforderungen gestellt. Ein Vergleich der Kinder vor und nach der Operation, 3 Monate nach dem Eingriff, ergibt, daß die Schiefstellung des Kopfes völlig beseitigt ist, und daß in dem einen Falle auch trotz der partiellen Exstirpation des Kopfnickers das Relief des Halses keine wesentliche Veränderung erkennen läßt. Eine gewisse Gesichtsasymmetrie ist immer noch vorhanden, doch durchaus nicht mehr so auffallend wie früher.

Wenn auch die Mitteilung unserer Beobachtungen und Resultate nichts wesentlich Neues zutage gefördert hat, so wird sie doch hoffentlich dazu beitragen, den angeborenen Schiefhals noch mehr Beachtung zu schenken, als dies bis heute geschieht, und die Patienten rechtzeitig — kräftige Kinder können schon sehr frühzeitig operiert werden — einer zweckentsprechenden Behandlung zuzuführen. Grätzer.

Rothe, Untersuchungen über tuberkulöse Infektion im Kindesalter. (Aus dem Institut f. Infektionskrankheiten in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 8.) Die Häufigkeit der tuberkulösen Infektion von Bronchial- und Mesenterialdrüsen im Kindesalter belief sich bei Kindern der Berliner Bevölkerung, soweit sie in Krankenhausbehandlung kamen, auf mindestens rund 20%.

Ein stärkeres Hervortreten des Darmtraktus als Infektionsweg für die Tuberkulose im Kindesalter ist nicht erwiesen. Im Gegenteil spricht der Ausfall dafür, daß die Atmungsorgane häufiger die Eintrittspforte für die Tuberkelbazillen auch in den kindlichen Organismus sind.

Die Untersuchungen bestätigen ferner im vollen Umfange die Ansicht R. Kochs, daß auch für das Kindesalter die Bedeutung der Rindertuberkelbazillen erheblich zurücktritt gegenüber der ihm von menschlichen Tuberkelbazillen drohenden Gefahr.

Nur für einen Fall ist sicher erwiesen, daß die bei der Sektion des Kindes gefundenen tuberkulösen Veränderungen auf einer Infektion mit Perlsuchtbazillen beruhten. Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

E. Levy (Essen), Ätzwirkung des am Verdunsten gehinderten Benzins. (Ebenda.) L. schildert 2 Fälle und sagt darüber:

Der erste Fall betraf ein an Meningokokkenmeningitis erkranktes Kind, das am Nachmittag zu diagnostischen Zwecken von einem Kollegen lumbalpunktiert worden war, und zwar in der Wohnung des Kranken. Die Desinfektion wurde mit im Haushalt vorrätigen Benzin vorgenommen, und da der Kollege kein eigens sterilisiertes Verbandmaterial zur Hand hatte, drückte er ein kleines rautenförmiges Stückchen Verbandmull in Benzin aus, legte es auf die Stichöffnung und befestigte es mit einem bedeckenden Stück Kautschukpflaster. Als ich am Abend desselben Tages im Städtischen Epidemiehause die intralumbale Seruminjektion machte, fand sich um die erste Punktionsöffnung eine bräunlich verfärbte, von der gesunden Haut scharf absetzende Stelle, die genau der Größe des rautenförmigen Mulläpchens entsprach. Diese genau begrenzte nekrotisierende Partie, die, wie sich später beim Abstoßen zeigte, die ganze Epidemis durchsetzte, ähnelte so auffällig der immer noch vorkommenden Karbolgangrän der Zehen und Finger, daß ich mich alsbald erkundigte, was dort gebraucht worden sei, und dann vorstehende Aufklärung erhielt.

Als einige Zeit darauf ein ähnlicher Fall von einem anderen Arzte in das Städtische Epidemiehaus eingewiesen wurde, frug ich den betreffenden Kollegen gleich danach, ob er Benzin zum Verband benutzt habe. Er verneinte das im ersten Augenblick, entsann sich dann aber, daß er von dem mit Benzin getränkten Wattebausch, mit dem er vor der Punktion die Haut desinfiziert hatte, ein Stückchen abgezupft und mit einem Deckpflaster zum Verschluß der kleinen Wunde benutzt habe. Das Benzin sei aber wohl längst verflogen gewesen. Daß die Watte trotzdem noch Spuren davon zurückgehalten hatte, bewies die binnen weniger Stunden aufgetretene oberflächliche Hautgangrän, die wieder genau dem Umfange des Wattebäuschchens entsprach.

Andere Ursachen waren auszuschließen, denn außer Benzin wurden nur chemisch reine Watte und Verbandmull verwandt. Auch um eine Idiosynkrasie konnte es sich nicht handeln, denn beide Kinder, die übrigens genasen, wurden nachher noch wiederholt zu Zwecken der Lumbalpunktion kräftig mit Spiritus und Benzin desinfiziert.

Es kann daher kein Zweifel bestehen, daß das Benzin, wenn es am Abdunsten gehindert ist, Verätzungen der Haut analog den Verbrennungen hervorbringt, die auch in die Tiefe gehen und je nach Dauer der Einwirkung den Charakter I. oder II. Grades annehmen können. Grätzer.

P. K. Pel, Eine Tabakspsychose bei einem 13jährigen Knaben. (Aus der medizin. Klinik in Amsterdam). (Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 6.) Der Knabe, in einer Zigarrenfabrik beschäftigt, verweilte den ganzen Tag im Tabakstaub und rauchte 10 bis 20 Zigarren täglich. Auffallend wechselnde Stimmung, Unruhe, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, Gedächtnisschwäche, psychische Depression entwickelten sich bei dem früher durchaus körperlich und psychisch gesunden Knaben. Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

R. Hertz und **O. Thomsen**, Eine Untersuchung der „skrofulösen" Kinder im „Kysthospital" mittels der Untersuchungsverfahren v. Pirquets und Wassermanns. (Ebenda.) Die vorliegende Arbeit bespricht die Ergebnisse einer Untersuchung mit v. Pirquetscher und Wassermannscher Reaktion, die an 228 im Kysthospital auf Refsnæs befindlichen „skrofulösen" Kindern angestellt wurde. Die Reaktion v. Pirquets war positiv bei 192 (= 84 %), blieb aus bei 36 (= 36 %). Der weitere Verlauf der Krankheit ergab bei der Mehrzahl dieser 36 Patienten, daß die Krankheitsursache nicht Tuberkulose sei. 8 der Kinder ergaben positive Wassermannsche Reaktion, 4 von diesen (1 Rachitis ÷ Pirquet, 3 sicher tuberkulöse + Pirquet), bei denen die Reaktion nur wenig ausgesprochen und schwerlich auf Syphilis zurückzuführen war, erholten sich gut ohne antisyphilitische Behandlung. Die 4 übrigen, deren Serum auch in geringen Mengen (0,006, 0,012, 0,0015 und 0,1 ccm beziehentlich) positive Reaktion ergab, und deren Krankheit bislang jeder Behandlung standgehalten hatte, wurden durch Quecksilberbehandlung in auffallend kurzer Zeit geheilt oder besser. Beide Reaktionen sind äußerst wertvolle Hilfsmittel zur Differentialdiagnose der Krankheit „skrofulöser" Kinder. Grätzer.

M. Böhm (Berlin), Über die Rachitis als ursächliches Moment für Rückgratsverkrümmungen. (Ebenda.) Es ergeben sich aus dem heutigen Stand der Lehre von der Ätiologie der Rückgratsverkrümmungen folgende zwei wichtige Schlüsse:

1. Wenn auch ein verhältnismäßig geringer Prozentsatz von Wirbelsäulenverkrümmungen vorhanden ist, bei denen die Röntgentechnik sowohl als auch unsere anatomischen Kenntnisse uns im Stich lassen, deren Klarstellung uns aber wohl in nicht allzu ferner Zeit gelingen wird, so kann man doch schon heute den Satz aussprechen, daß die Wirbelsäulenverkrümmungen des jugendlichen Alters in der Hauptsache entweder auf kongenitale oder rachitische Störungen zurückzuführen sind. Für die sogenannte habituelle oder Schulskoliose jedenfalls wie überhaupt für die Annahme, daß eine fixierte, das heißt auf knöchernen Veränderungen beruhende Wirbelsäulenverkrümmung durch Einwirkung rein mechanischer Verhältnisse auf ein a priori normales und gesundes Skelett entstehe, dafür hat die moderne orthopädische Wissenschaft keinen Raum mehr.

2. Wenn es als allgemeiner Grundsatz in der Medizin gilt, daß ein Leiden um so wirksamer behandelt wird, je früher die Therapie einsetzt, so muß es unser Ziel sein, die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen ins Säuglingsalter oder in die frühe Kindheit zu verlegen. Bereits beim Säugling wird die verfeinerte Diagnostik eventuell vorhandene kongenitale Störungen des Rumpfskeletts festzustellen haben, und bei dem an florider Rachitis erkrankten Kinde wird in diagnostischer wie therapeutischer Beziehung besonderes Augenmerk auf die Wirbelsäule zu richten sein. Grätzer.

P. S. Wallerstein, Über den diagnostischen Wert der v. Pirquetschen Reaktion und die Behandlung mit Tuberkulin-Kutanimpfungen. (Aus dem Alt-Katharinenkrankenhaus in

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Moskau.) (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 10.) W.s Beobachtungen sind noch nicht zahlreich genug, doch glaubt er jetzt schon folgendes feststellen zu können: Je latenter die Tuberkulose — desto stärkere Konzentrationen des Tuberkulins braucht man, um eine Reaktion hervorzurufen, die fast immer nach dem Typus der Spät- und Dauerreaktion verläuft. Je mehr die Tuberkulose von dem latenten zum initialen-aktiven Zustand neigt, desto schwächere Konzentrationen braucht man, um eine deutliche Kutanreaktion hervorzurufen, und zwar fällt sie oft schon mit $^1/_8$ proz. Alttuberkulin positiv aus, wobei ihr Verlauf zwischen Normal- und Dauertypus schwankt. Je mehr die Tuberkulose deutlich manifest wird und die klinische Untersuchung ohne weiteres die Diagnose bestätigt, desto stärkere Konzentrationen braucht man wieder, um eine Reaktion hervorzurufen, und endlich in den weit fortgeschrittenen Fällen fällt die Reaktion, trotz Anwendung 100proz. Tuberkulins, negativ aus.

Im allgemeinen könnte W. vorläufig folgende Grenzen bestimmen: Initiale aktive Fälle geben eine deutliche positive Reaktion bei Anwendung von 1-, $^1/_2$-, $^1/_4$- und $^1/_8$proz. Lösungen des Alttuberkulins; die latenten Tuberkulosefälle reagieren fast nie auf Lösungen unter 5%. Dabei ist es absolut unumgänglich, den Verlauf der Reaktion zu verfolgen. Diesen Beobachtungen würde im Lichte der Lysintheorie folgende Erklärung zukommen: In latenten Fällen ist die Lysinbildung eine minimale, und bei Anwendung schwacher Tuberkulinkonzentrationen wird das Tuberkulin nicht in genügender Menge lysiert, um eine Reaktion hervorzurufen. Bei Anwendung stärkerer Konzentrationen fällt die Reaktion positiv aus, wobei sie aber nach dem Spät- und Dauertypus verläuft, weil es bei Vorhandensein kleiner Mengen von Lysin einer gewissen Zeit bedarf, um das für die Reaktion nötige Tuberkulinquantum zu lysieren.

In aktiven initialen Fällen, wo eine beträchtliche Menge Lysin anzunehmen ist, genügen schon schwache Tuberkulinkonzentrationen, um eine Reaktion hervorzurufen. Je stärker der Organismus tuberkulös belastet ist und wahrscheinlich einen Überschuß von lysiertem Tuberkulin enthält, desto stärkere Konzentrationen braucht man, damit das Tuberkulin überhaupt zur Geltung kommt, bis endlich in den schwersten Fällen, aus denselben Gründen, oder vielleicht auch aus anderen (Lysinablenkung), sogar das reine Tuberkulin nichts mehr auszurichten imstande ist.

In seinem Werke über Ophthalmo- und Kutandiagnose der Tuberkulose spricht Wolff-Eisner die Vermutung aus, daß die wiederholte Ausstellung von kutanen Reaktionen dem Tuberkulösen einen therapeutischen Nutzen bringen könnte. Angeregt durch diesen Gedanken hat W. bei 6 Tuberkulösen die Kutanreaktionen zu therapeutischen Zwecken angewandt. Die leitende Idee der Behandlung war folgende: durch wiederholte kutane Impfungen mit möglichst schwachen Konzentrationen des Tuberkulins deutliche Reaktionen hervorzurufen und somit in einer milden und harmlosen Weise immunisatorische Tuberkulintherapie durchzuführen.

W. benutzte ausschließlich das Alttuberkulin Koch; die Impfungen wurden am Arm oder an der Vorderseite des Oberschenkels

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit dem v. Pirquetschen Bohrer in der üblichen Weise ausgeführt. Die Impfungen wurden meist mit einer $^1/_4$proz. Lösung (1 Tropfen) begonnen. Wurde mit dieser Lösung keine deutliche Reaktion erzielt, so ging W. zu einer $^1/_2$proz. oder 1proz. über. Nach der ersten deutlich positiv ausgefallenen Reaktion wartete er bis zum völligen Abklingen derselben, und dann wurde mit derselben Lösung in derselben Weise immer weiter geimpft, bis mit dieser Tuberkulinlösung keine Reaktion mehr zustande kam.

Am nächsten Tage wurde dann mit einer stärkeren Konzentration geimpft, und zwar stieg W. um $^1/_2$ % oder 1 % je nach der Intensität und dem Verlauf der vorausgegangenen Reaktion. Mit dieser letzteren Lösung wurde wieder so lange geimpft, bis sie keine Reaktion mehr hervorzurufen imstande war, und so weiter. Es sind also streng dosierte Impfungen, da jedesmal ein- und dasselbe Quantum einer bestimmten Tuberkulinkonzentration durch die immer an Diameter gleiche Öffnung dem Organismus einverleibt wurde. In dieser Weise hat W. sechs Fälle behandelt, Drüsen-, Gelenks- und Lungentuberkulose. Die Erfolge waren sehr zufriedenstellend. Grätzer.

C. Leede, Hautblutungen durch Stauung hervorgerufen als diagnostisches Hilfsmittel beim Scharlach. (Aus der II. med. Abteilung des Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.) (Münch. med. Wochenschrift 1911. Nr. 6.) Wie die Untersuchungen zeigten, besteht bei Scharlach fast ohne Ausnahme eine so gesteigerte Verletzbarkeit der Hautkapillaren, daß, wenn man eine Stauungsbinde anlegt, 5—20 Minuten später kleine Hautblutungen in Form von Spritzern im Bereich der gestauten Haut sichtbar werden. Auch bei Masern ist das häufig der Fall, doch nicht so ausgesprochen wie bei Scharlach.

Nach L.s Erfahrungen ist der negative Ausfall des Stauungsversuches als fast sicheres Kriterium gegen den Scharlach zu verwenden, während der positive Ausfall nur zusammen mit den übrigen Symptomen zu verwenden ist.

L. pflegt zurzeit den Stauungsversuch folgendermaßen anzustellen: Oberhalb der Ellenbeuge wird eine breite Gummibinde mäßig fest um den Oberarm gelegt; derart, daß die Venen deutlich hervortreten, die Hand blau wird, der Puls dabei aber gut zu fühlen ist. Nach 10—15 Minuten löst man die Binde und betrachtet die zarte Haut der Ellenbeuge, indem man durch Spannen der Haut dieselbe anämisch macht, wodurch die Petechien deutlicher als dunkle Spritzer hervortreten. Findet L. aber auch nur mäßig viele Petechien, so bezeichnet er den Stauungsversuch als positiv. Grätzer.

E. Moro, Über Dermatitis fibrinosa faciei. (Aus der Münch. Kinderklinik.) (Ebenda.) M. betont, daß man gar nicht selten Gelegenheit hat, bei Stomatitis aphthosa auf der Gesichtshaut Gebilde zu beobachten, die den Schleimhauteffloreszenzen in jeder Hinsicht völlig analog sind und mit der Impetigo nichts gemein haben, als einige unwesentliche banale Merkmale, wie die Kontagiosität und den gutartigen Verlauf.

Die Effloreszenzen sind klein, etwas größer als ein Hirsekorn, aber stets kleiner als eine Linse. Sie sind in sehr geringer Zahl vor-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handen. Zählt man 3, 4 solcher Effloreszenzen, so ist das schon sehr viel. Sie sind immer rund, meist kreisrund, seltener oval und von einem schmalen, etwa 1 mm breiten Entzündungshofe eingerahmt. Ihr „Lieblingssitz“ ist das Kinn, seltener die Oberlippe oder der Naseneingang. Manchmal sieht man sie allerdings auch auf der Wange stehen. Betrachtet man die Effloreszenzen genauer, so bemerkt man, daß die zentrale Scheibe einem gelblichweißen, speckigen Belag gleicht. Versucht man die Scheibe mit der Pinzette zu entfernen, so verursacht diese kleine Operation Schmerzen, und man gewinnt den Eindruck, daß sie an ihrer leicht blutenden Unterlage ziemlich fest haftet. Verreibt man nun diesen Belag am Objektträger, so sieht man, daß es sich — in frischen Fällen wenigstens — um eine ziemlich feste, derbe, elastische Masse handelt. Färbt man nachher das Präparat mit Methylenblau, so kann man sich leicht davon überzeugen, daß die ausgestrichene Masse fast ausschließlich aus Fibrin und wenig Leukozyten besteht.

Diese Effloreszenzen zeigen also die gleichen Eigentümlichkeiten, wie die Mundaphthen. Ihr Exsudat besteht aus Fibrin, sie sind rund, herdweise auftretend. Ihre Entstehung verdanken sie zweifellos der Infektion mit dem Mundspeichel bzw. Nasensekret, wofür die Stellen sprechen, an denen sie zu erscheinen pflegen. Ihre Abheilung verläuft ebenso wie im Munde. Narben hinterlassen sie, den Mundaphthen gleich und im Gegensatze zur Impetigo, niemals. Es handelt sich ja nur um ganz oberflächlich gelegene Epitheldefekte, deren Überdeckung, nach Resorption des Exsudates, von der Peripherie her rasch und glatt vonstatten geht. Endlich sei nicht unerwähnt gelassen, daß sich auch in diesen Scheiben die gleichen Bakterien nachweisen lassen, wie im Ausstrich der Mundaphthen. Große, ovale Diplokokken, anfangs nur in sehr geringer Zahl, wie sie für die Mundaphthen schon vor längerer Zeit von Stooss beschrieben worden sind. Mit Kulturversuchen hat M. sich nicht abgegeben. In den älteren Effloreszenzen, mit reichlicher leukozytärer Infiltration und sekundärer Borkenbildung, sieht man daneben oft eine Unzahl von Staphylokokken, wie es ja bei kutanen Entzündungsprozessen nicht anders zu erwarten ist.

Die beschriebenen Effloreszenzen auf der Haut sind also den Mundaphthen wesensgleiche Gebilde. Mit der Impetigo haben sie nichts zu tun, woraus sich der Schluß ergibt, daß auch die Stomatitis aphthosa ein selbständiger, von der Impetigo verschiedener Prozeß ist. Wenn man will, kann man die Hautentzündung als „Dermatitis fibrinosa“ oder bei Beibehaltung des zwar nichtssagenden, aber eingebürgerten Begriffes der Aphthen, als „Hautaphthen“ bezeichnen. M. hat die Dermatitis fibrinosa bisher nur im Gesichte gesehen.

Achtet man darauf, dann wird man der Dermatitis fibrinosa bei Aphthenkindern häufig begegnen. M. schätzt ungefähr in der Hälfte oder doch in einem Drittel der Fälle. Das praktische Interesse der harmlosen Affektion ist sehr gering. Den einzigen Vorteil, den man aus ihrer Kenntnis zieht, ist der, daß man bei solchen Kindern die Diagnose: Stomatitis fibrinosa mit aller Sicherheit schon aus der Entfernung stellen kann. M. hat die charakteristische Hautaffektion bei anderen Kindern niemals beobachtet.

Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. Finkelstein und **L. F. Meyer**, Zur Technik und Indikation der Ernährung mit Eiweißmilch. (Aus dem Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift 1911. Nr. 7.) Die Regeln, nach denen die Eiweißmilchtherapie in der Anstalt gehandhabt wird, lauten wie folgt:

1. Die EM. muß das Käsegerinnsel in feinsten Flocken enthalten und beim Schütteln eine gleichmäßige, milchartige Beschaffenheit annehmen; klumpige Gerinnsel machen sie unbrauchbar. Der Nahrung soll von Anfang an zum mindesten 1 % Kohlehydrat (am besten Nährzucker oder Nährmaltose) zugesetzt werden. In dem Präparate der Böhlener Milchwerke ist bereits 1 % Nährzucker enthalten.

2. Bei Dyspepsie und Atrophie (Dekomposition[1]) wird nach 6 stündiger Teediät (ohne Zucker, allenfalls Abführmittel) mit wenigstens 300 g Eiweißmilch und 1 % Kohlehydrat begonnen, in vielen Fällen — so bei leichterer Erkrankung oder bei älteren Kindern — kann die Anfangsdosis noch höher bemessen werden. Nunmehr stufenweise, aber schnelle Steigerung bis 180—200 g pro Kilo ohne Rücksicht auf die Stühle oder sonstige Erscheinungen. Kommt währenddessen der Gewichtsabfall nicht bereits nach 2 mal 24 Stunden zum Stehen, so ist der Kohlehydratzusatz auf 2—3 % zu erhöhen; besonders notwendig erscheint das, wenn Untertemperatur und Kollapserscheinungen die Abnahme begleiten. Ist die genannte Dosis erreicht, aber noch keine Zunahme vorhanden, so wird mit dem Kohlehydratzusatz schrittweise auf 3, 4 und 5 % gestiegen, gegebenenfalls statt Zucker Mehl hinzugefügt. Manche Kinder nehmen erst zu, wenn der Gesamtkohlehydratzusatz 6—7 % erreicht. Als Kohlehydrat sind in erster Linie Dextrin-Maltosepräparate und Mehle, event. Kombination beider zu empfehlen. Für leichtere Fälle scheint auch Streuzucker mit Mehl zulässig.

3. Der Kohlehydratzusatz ist auch dann vorzunehmen, wenn die Stühle häufiger und dünn bleiben und ist auch unter diesen Umständen zum mindesten auf 3 % unter genauer Beobachtung auch darüber zu vermehren. Temperatursteigerungen, Auftreten von dünneren und etwas häufigeren Stühlen und Gewichtsschwankungen geben keine Gegenanzeige gegen die Zulage ab, da diese Erscheinungen bald vorübergehen.

4. Unter keinen Umständen darf in der Folge der Kohlehydratzusatz wieder unter 2—3 % verringert oder gar gänzlich weggelassen werden.

5. Treten Zwischenfälle auf, die meistens durch Infektion, selten durch Ernährungsstörung bedingt sind, so ist, falls das Gewicht dabei in nicht allzu steilem Winkel sinkt und keine ausgesprochenen toxischen Symptome bestehen, abwartendes Verhalten zu empfehlen; zumeist tritt spontane Besserung ein. Allenfalls ist es ratsam, den Kohlehydratgehalt leicht zu beschränken, falls er über 4 % beträgt.

---

[1]) Notwendig ist die scharfe Unterscheidung der Dekomposition von der Bilanzstörung unserer Nomenklatur, bei der nicht EM., sondern fettarme, kohlehydratreiche Gemische angezeigt sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei schweren, mit großen Gewichtsstürzen und ernsten Allgemeinerscheinungen einhergehenden Zwischenfällen wird zweckmäßig für 24 Stunden die Nahrungsmenge auf 150—200 und der Kohlehydratgehalt auf 2—3% herabgesetzt und dann wieder schrittweise in der Art aufgestiegen, wie es bei der Intoxikation besprochen ist. Allenfalls soll bis zur Überwindung der Infektion die Dosierung etwas unter den geforderten 180—200 g Eiweißmilch pro Kilo und die Kohlehydratmenge auf 3% bleiben.

6. Bei Enterokatarrh und Cholera infantum 12—24 Stunden Tee, dann einen Tag lang neben Tee 10 mal 5—10 g Eiweißmilch mit 1% Kohlehydratzusatz. Weiterhin täglich zunächst um 50 g steigen bis zum Sistieren der heftigen Durchfälle, dann schneller bis zu 180—200 g pro Kilo Körpergewicht. Spätestens jetzt Vermehrung des Kohlehydrates; kommt indessen der Gewichtssturz nicht schon nach den ersten 3—4 Tagen zum Stehen, so sollen früher Kohlehydratzulagen erfolgen.

Das obige Verfahren ist auch dann schematisch zu befolgen, wenn die Entgiftung der Kranken sich verzögert. Hat man zirka 130—150 g Eiweißmilch mit 3% Kohlehydrat pro Kilo erreicht, so soll indessen bei dieser Dosis die vollkommene Entgiftung abgewartet werden, bevor die volle Menge verabfolgt wird. Der Versuch, die Entgiftung durch weiteres Hungern herbeizuführen, ist unter allen Umständen verwerflich, da er unbedingt zum tödlichen Ende führen würde.

Zum Schlusse sei — so selbstverständlich es eigentlich ist — ausdrücklich hervorgehoben: Die Eiweißmilch darf nicht mit anderen Nährmischungen kombiniert werden. Wer, wie Verff. es gelegentlich sahen, halb Buttermilch, halb Eiweißmilch gibt, dem ist der Sinn der Sache nicht aufgegangen. Verff. haben nicht einmal Sympathie zur Darreichung neben der Frauenmilch. In leichten Fällen geht das und geht sogar gut; in schweren dagegen haben Verff., den Voraussetzungen entsprechend, nur Nachteiliges davon gesehen. Grätzer.

A. Uffenheimer, Zwei Jahre offene Säuglingsfürsorge. (Aus der Säuglings-Beratungsstelle und Milchküche-München.) (Münch. med. Wochenschrift Nr. 6 und 7.) Zum Referat nicht geeignet.

Grätzer.

R. Pürkhauer, Zur Lehre vom Pektoralisdefekt und Schulterhochstand. (Aus der orthopäd. Universitäts-Poliklinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift 1911. Nr. 8.) Es handelt sich bei dem 12jährigen Mädchen um einen durch eine reine Sprengelsche Deformität komplizierten Fall von Pektoralisdefekt.

P. glaubt, daß sowohl der Hochstand und die Kleinheit derselben wie die pathologische Annäherung derselben an die Wirbelsäule einen Beweis mehr angibt für die Richtigkeit der Froriepschen Theorie über die Entstehung des Pektoralisdefektes überhaupt. Froriep nimmt an, daß der Pektoralisdefekt durch Druckwirkung von seiten des betreffenden Armes entsteht. Wird der Oberarm des Fötus durch irgend eine Ursache, sei es durch Fruchtwassermangel, Geschwülste des mütterlichen Abdomens, falsche Lagerung des Kindes

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in utero usw. lange Zeit hindurch adduziert und gegen die Brustwand gepreßt, so könnte dieser Druck sehr leicht zu einer Atrophie der Muskulatur der Brustwand und der Anlage der Mamma führen.

Wenn P. bei der Patientin eine derartige Stellung rekonstruiert, so hat der im Ellenbogengelenk spitzwinkelig gebeugte und etwas adduzierte Vorderarm mit der zusammengeschlagenen Faust auf die in der Entwicklung sich befindende Mamma und die Brustwandmuskulatur, und zwar auf die sternale Portion des Pektoralis major gedrückt. Bei dieser Stellung des Armes wird schon beim normalen Menschen die Schulter meist in die Höhe gezogen und das Schulterblatt der Wirbelsäule genähert; dies wird erst recht in der Zwangslage des Fötus in utero der Fall sein.

Durch diese einfache, auf lokaler Druckwirkung bestehende Erklärung läßt sich das Vorhandensein eines Pektoralisdefektes einfacher und ungezwungener erklären, als es die Theorie der mangelnden und fehlerhaften Keimanlage zu tun vermag. **Grätzer.**

C. Ciaccio, Beitrag zur pathologischen Anatomie und zur Mikrobiologie der Masern. (Virchows Arch. Bd. 199. S. 378.) Die 8 Fälle des Verf. entstammen einer Masernepidemie mit durch Lungenkomplikationen ziemlich beträchtlicher Mortalität. Die sehr eingehenden histopathologischen Untersuchungen erstrecken sich auf Haut, Leber, Nieren, Lungen, Knochenmark, Milz, Nebennieren usw. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die am stärksten veränderten Organe die blutbildenden Organe, Leber, Nebennieren und Lungen sind, auf die das ätiologische Agens der Masern eine überwiegende Wirkung besitzt, die zur Insuffizienz führt. Die Lungenläsionen sind zum Teil spezifisch, zum Teil durch gewöhnliche bronchopneumonische Prozesse kompliziert. Was die Mikrobiologie anlangt, so macht Verf., abgesehen von anderen Befunden, auf einen besonderen Bazillus aufmerksam, den er bei fast allen Fällen in den inneren Organen, und zwar allein antraf (in keinem Falle in der Haut). Auf die Spezifität desselben möchte Verf. nicht eingehen. **Bauer (Jena).**

Poly (Würzburg), Klinische und experimentelle Erfahrungen über den Einfluß des Wasserstoffsuperoxyds auf Hyperchlorhydrien und auf die Magensekretion. (Arch. f. Verdauungskr. Bd. 16. Heft 6.) Mit nur wenigen Ausnahmen wirkte bei Hyperchlorhydrien selbst schwersten Grades eine mehrmals wiederholte, nüchtern gereichte Gabe in 300 ccm $^1/_2$% wäßrigen Lösung von Hydrogen. peroxydat. in glänzender Weise. Die Herabsetzung der Werte für freie HCl tritt schon nach einigen Tagen ein und bleibt dann konstant. Angenehmer als diese Medikation dürfte die Verordnung des H_2O_2 statt in Wasser in Mandelmilch sein oder der Merckschen Magnesium-Perhydroltabletten. Die Wirksamkeit der Medikation beruht auf einer Vermehrung der Schleimproduktion, die zur Bindung und Neutralisierung der Salzsäure führt.

Nothmann (Wilmersdorf).

Rudnitzky (Charkow), Über die Palpation des Wurmfortsatzes. (Arch. f. Verdauungskr. Bd. 16. Heft 6.) In zirka 12% seiner

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

systematisch untersuchten Patienten fand R. bei besonderer Art der Palpation den Wurmfortsatz als 3—4 cm langen, gänsefederkieldicken Zylinder palpabel. Dieser Zylinder ist bisweilen lang, weich geschlängelt, bisweilen, kurz, dick und gleichsam erigiert. Dieser Befund ist ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose der chronischen rezidivierenden Perityphlitis. Zur Untersuchung lege man den kleinen Finger der rechten Hand in die Gegend des Mac Burneyschen Punktes, und zwar so, daß der innere Rand der Hand mit der Bauchwand einen spitzen Winkel und die Fläche der Hand mit der Mittellinie des Körpers einen Winkel von 30—40° bildet. Dann werden die Fingerspitzen fast in die Bauchhöhle versenkt und der innere Rand der Hand dabei den Bauchdecken allmählich genähert, wobei dieser Rand auf die Bauchdecken einen gewissen Druck ausübt. Dann stoßen, wenn sie tief genug eingedrungen, die Spitzen des 4. und 5. Fingers auf den oben beschriebenen Befund.

Nothmann (Wilmersdorf).

Eduard Melchior, Über einen autoptisch verifizierten Fall von tuberkulösem Gelenkrheumatismus. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medizin und Chirurgie Bd. 22. Nr. 3. S. 346.) Ein junges Mädchen, schwer tuberkulös belastet, das als Kind eine Drüsentuberkulose durchgemacht hat, erkrankt nach M.s Bericht 12 Tage nach einem größeren Eingriff an einem tuberkulösen Knochen bzw. Gelenk (Exartikulation des Unterkiefers) unter Auftreten eines mäßigen Fiebers mit multiplen akuten Gelenkschwellungen. Man würde die Diagnose auf akuten Gelenkrheumatismus gestellt haben, wenn nicht das relativ geringe Fieber, die nur geringe Schmerzhaftigkeit, der torpide Charakter der Gelenkprozesse und das Fehlen des für Polyarthritis rheumatica charakteristischen Schwitzens zwar nicht absolut, aber doch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dagegen gesprochen hätten. Durch Untersuchung des Blutes wird eine tuberkulöse Bazillämie festgestellt. Die Gelenkerscheinungen bleiben unter schubweisem Wechsel zirka 3 Monate bestehen und verschwinden dann spontan bis auf eine leichte Verdickung des linken Kniegelenks. Der Tod erfolgte an Amyloidose, wohl unabhängig von dem Gelenkprozeß. Bei der Sektion finden sich in allen diesen vorher erkrankten Gelenken Tuberkelknötchen in der Synovialis, bei einem makroskopisch normalen Adspekt des Ellenbogengelenkes, leicht fungösen des Tibiotargelenks und stärkeren des Kniegelenks. Es ist natürlich schwer zu sagen, in welcher Weise sich bei einer längeren Lebensdauer der Gelenkprozeß weitergestaltet haben würde.

Nach dem anatomischen Befund und den sonst bekannten Fällen zu urteilen, ist es nicht unwahrscheinlich, daß sich im linken Kniegelenk der in seinen Anfängen bereits bestehende Fungus auch klinisch weiter entwickelt haben würde. In den übrigen Gelenken dagegen, in denen die klinischen Erscheinungen bereits verschwunden waren, hätte man vielleicht auf eine anatomische Heilung rechnen können.

Joachimsthal.

Lutz, Über drei weitere Fälle von angeborener abnormer Bewegung des Oberlides. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. März 1911.) Abnorme Bewegungen der Lider sind als angeborene

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erscheinungen viel seltener als erworbene schon mehrfach beschrieben worden. Eine allseitig befriedigende Erklärung der Anomalie steht noch aus.

Verf. beschreibt ausführlich drei solche Fälle abnormer einseitiger Mitbewegungen des Oberlides bei Innervationen der Kau-, Schlund- und Gesichtsmuskulatur, vergleicht sie mit früher mitgeteilten und gibt Erklärungsversuche. Sommer (Zittau).

v. Rundstedt (Marburg), Über Melaena vera neonatorum. (Arch. f. Gynäk. Bd. 89. Nr. 1.) In der Marburger Universitätsklinik (Stoeckel) nahm ein Säugling schon 30 Stunden post partum auffallend reichlich die Mutterbrust; darauf traten Leibschmerzen und starkes Erbrechen von frischem Blut auf. Beides ging allmählich binnen 4 Tagen zurück unter Behandlung mit subkutaner Kochsalzinfusion, Gelatineinjektion usw. in der Couveuse; per rectum ging erst ein Tag nach dem letzten Erbrechen nur dunkles Blut ab, nachdem vorher schon Milchstuhl vorhanden war; sonst keine septischen oder syphilitischen Symptome. Verf. lehnt eine enterale Infektion gegenüber Czerny und Keller ab und erklärt den Fall entsprechend der Kundratschen oder Benekeschen Auffassung als besondere lokale Hyperämie oder Ischämie der Magendarmschleimhaut durch die Zirkulationsstörung, die in dem kindlichen Organismus nach der Geburt entsteht. Besonders scheint die Annahme einer Ischämie erforderlich, wenn man die Reihe der Prozesse: Nekrose des Epithels, Einschmelzung durch den Verdauungssaft, Blutung erklären will. Nach Beneke soll diese Ischämie reflektorisch durch die Reize des Geburtschocks auf die nervösen Zentren entstehen. Wegscheider.

Vassmer (Hannover), Über Melaena neonatorum. (Arch. f. Gynäk. Bd. 89. Nr. 2.) Nach Bericht über einen durch Gelatineinjektion geheilten Fall von Melaena vera bespricht V. das Wesen der Krankheit und berichtet über 67 Fälle in Tabellenform. Zwei davon waren Melaena spuria infolge Verschluckens von Blut bei Blutungen unter der Geburt, in zwei anderen Fällen fanden sich nasale Blutungen als Ursache. Die anderen 41 geheilten Fälle erklären sich nur durch Hyperämie der Magendarmschleimhaut, zu der Neugeborene besonders disponieren. Die Sektion der 22 ungeheilten Fälle zeigt alle Übergänge von Hyperämie, hämorrhagischer Imbibition, septischer Erosion bis zum tiefgreifenden Ulcus mucosae. In 34 Fällen fand Gelatinebehandlung mit 8,8 % Mortalität, in 31 Fällen keine solche mit 61,3 % Mortalität statt. Am meisten empfiehlt sich subkutane Injektion von 1—10 %iger Gelatina sterilisata Merck, die auch von guter Allgemeinwirkung ist, ohne daß man bis jetzt diese Wirkung erklären konnte, da die Pathogenese der Melaena trotz aller Theorien noch dunkel ist. Wegscheider.

Baurowicz, Zur Operation der Gaumenmandeln mit der Schlinge. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1910. Nr. 11.) Verf. zieht die Entfernung der Tonsillen mit der kalten Schlinge dem heißen Abschnüren vor. Es blutet bei beiden Arten gleich wenig, doch ist die Gefahr der Nachblutung bei der heißen Abschnürung durch Lösen des Schorfes größer. Im Gegensatz zum Tonsillotom wird bei der Schlingenoperation die Mandel fast an der Grenze ihrer Kapsel gefaßt

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und somit fast vollständig entfernt. Bei Verwachsungen mit dem vorderen Gaumenbogen muß erst die Mandel abgelöst werden. Am besten bewährt sich der Tonsillenschnürer nach Brünings, der einen Spieß trägt, welcher das Herabfallen der abgeschnürten Mandel verhindert.

A. Sonntag.

Unna und **Golodetz**, Neue Untersuchungen über Vernix caseosa. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1911. Bd. 107.) Nach diesen Untersuchungen ist die Vernix caseosa kein Wollfett und kein Sekretfett und enthält keinen Talg, sondern ist ein Zellfett und zwar das Eigenfett der fötalen Hornzellen. Die Verhornung der fötalen Oberhaut geht einfacher vor sich als die der Oberhaut des Erwachsenen, es fehlt die Stufe des Xeratohyalins, während Eleidin und Glykogen erhalten bleiben. Es handelt sich also bei der Vernix caseosa der Neugeborenen lediglich um den Rest der Hornschicht einer früheren Fötalperiode (6.—8. Monat).

Max Joseph (Berlin).

Julius Donath, Zur Bakteriologie der Chorea Sydenhami. (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910. Bd. 4. Nr. 1.) Drei Theorien machen sich den Rang in der Ätiologie der Chorea minor streitig: die embolische, die neurotische und die toxisch-infektiöse; letztere zählt heute die meisten Anhänger, sie wurde besonders von Wollenberg und Möbius hervorgehoben. Die bakteriologischen Untersuchungen haben jedoch zu keinem eindeutigen Resultat geführt. Auf Grund derselben neigt man der Ansicht zu, daß sowohl die Chorea des Kindes als die der Schwangeren ihren Ursprung dem „Diplococcus rheumaticus" verdanken und daß die choreatischen Erscheinungen durch Einwirkung der bakteriellen Gifte auf die Ganglienzellen des Hirns, besonders der Rinde, zustande kommen. Von anderen Autoren wurden Strepto- bzw. Staphylokokken als Erreger der Chorea angeschuldigt. Verf. untersuchte nun 7 schwere Choreafälle bakteriologisch und fand: in 5 Fällen Staphylococcus pyogenes albus (4 mal durch Überimpfung aus dem Blute, 1 mal aus dem Liquor); in 2 Fällen Staphylococcus pyogenes aureus (1 mal durch Überimpfung aus dem Blute, 1 mal aus dem Liquor). Außerdem fand er 2 mal Sarcina lutea, je 1 mal Sarcina alba, Pyocyaneus, nicht näher bestimmte Diplokokkus- und Tetragenusformen. In einem Falle ergab die histologische Untersuchung der Hirnteile bezüglich Bakterien einen negativen Befund. Weder im Blute oder in der Zerebrospinalflüssigkeit noch in den Geweben, namentlich im Zentralnervensystem, wurden Bakterien in Massen — wie etwa bei Tuberkulose, Lepra usw. — gefunden, auch ist der fieberhafte zyklische Verlauf nicht ausgesprochen, die Delirien sind nicht konstant, die Kontagiosität ist unbekannt, so daß die Schlußfolgerungen aus den bakteriologischen Untersuchungen des Verf. nur mit Vorsicht zu ziehen sind. Dennoch ist Verf. geneigt, dem in seinen sämtlichen 7 Fällen gefundenen Staphylococcus pyogenes albus bzw. aureus eine pathogene Bedeutung zuzuschreiben, ohne ihm eine Spezifität für die Chorea minor zu vindizieren. Verf. glaubt vielmehr, daß Strepto- wie sowohl Staphylokokken bei Individuen, die durch Pubertät, schwächliche, anämische und nervöse Konstitution den eingedrungenen Bakterien oder den Toxinen einen geringeren Widerstand

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leisten, den günstigen Boden für die Entwicklung jenes Reizzustandes im Zentralnervensystem abgeben, den wir als Chorea kennen. Über die infektiöse Natur jener Choreen, die mit Fieber und Delirien einhergehen, kann kein Zweifel bestehen; jedoch wird ein so prädisponierter Organismus auch auf psychischen Chock oder Gravidität mit Chorea reagieren können.

Kurt Mendel (Berlin).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

A. Purtscher, Einseitige komplette Okulomotoriuslähmung bei einem Säugling. (Aus der II. k. k. Universitäts-Augenklinik in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Nr. 14.) Der Fall bot große diagnostische Schwierigkeiten, wie die epikritischen Bemerkungen P.s zeigen, welche wir folgen lassen.

Versuchen wir nun, das im allgemeinen über Augenmuskellähmungen im Kindesalter Gesagte auf diesen besonderen Fall anzuwenden und dessen Entstehung danach zu erklären, so müssen wir zunächst trachten, durch Berücksichtigung und gegenseitiges Abwägen der vorhandenen Begleiterscheinungen uns über die primäre ätiologische Veränderung klar zu werden.

Vor allem muß besonders das lange Bestehen der Lähmung hervorgehoben werden, die während der ganzen Dauer der Beobachtung jedenfalls keine bedeutende Veränderung erfuhr, immer nur auf das rechte Auge beschränkt war und bei Beteiligung sämtlicher Okulomotoriuszweige auch die Binnenmuskulatur und den Levator betraf. Dabei zeigte das Kind mit Ausnahme der letzten zwei bis drei Wochen ein recht gutes Allgemeinbefinden und keinerlei Symptome einer anderweitigen ausgebreiteteren Erkrankung.

Dieser sehr langsam fortschreitende Zustand der Lähmung von seiten des rechten Auges erlaubt es auch, hinsichtlich der zugrunde liegenden Veränderung einige Vermutungen auszusprechen. Es dürfte sich um einen ziemlich streng lokalisierten, gar nicht oder nur wenig fortschreitenden Krankheitsherd im Gehirne handeln, was schon von vornherein Entzündung ausschließt. Die übrigen Veränderungen des Zentralnervensystems — mit Ausnahme des Tumors — als Grundlage der Störung lassen sich mit größter Wahrscheinlichkeit ausschalten. Gegen Hirnblutungen — für deren Entstehung anamnestisch überhaupt kein Umstand namhaft gemacht werden kann — spricht das nur einmalige und so streng lokalisierte Auftreten der Schädigung und deren für Blutung zu langsame Progredienz; auch ein Trauma, das etwa das Vorhandensein eines Hirnabszesses erklären könnte, fehlt in der Vorgeschichte, ebenso wie Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen oder des Ohres, die ebenfalls zu Abszessen führen können. Aus der ganzen Menge von Infektionskrankheiten kommt kaum eine andere als Lues und Tuberkulose in Betracht, ganz abgesehen von der bereits erwähnten Eigenartigkeit der Krankheitserscheinungen. Ebenso läßt die kurze Dauer und der verhältnismäßig leichte Grad der Verdauungsstörungen — schon gar bei der Einseitigkeit des

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prozesses — den Gedanken eines Zusammenhanges der Darmstörungen mit der Lähmung nicht aufkommen. Andere konstitutionelle Erkrankungen, welche zu einer Autointoxikation hätten führen können, sind durch die negativen Ergebnisse der Urinuntersuchung ausgeschlossen.

So bleiben nur die Möglichkeiten einer der Poliomyelitis identischen Polioenzephalitis oder eines Tumors im Gehirn übrig. Nimmt man auch an, die ersterwähnte Erkrankung sei ohne der Umgebung auffallende Symptome abgelaufen, so bleibt es immer noch eigentümlich, daß eine einseitige komplette Okulomotoriuslähmung das einzig nachweisbare Residuum der Krankheit geblieben wäre. Die spätere Progredienz des Leidens nach einem scheinbar in völligem Wohlbefinden verlaufenden Intervall, ferner das Fehlen anderer Symptome trotz der Dissemination des Prozesses, sowie das Ausbleiben fieberhafter Erscheinungen sprechen nicht sehr für eine solche Annahme.

Bei der Voraussetzung eines Tumors des Gehirns — wobei sich die vorhandenen Erscheinungen am ungezwungendsten erklären ließen — kämen vor allem Syphilis und Tuberkulose in Betracht. Der, wenn auch schwach positive Ausfall der Wassermannschen Serumprobe erlaubt es nicht, die Möglichkeit einer luetischen Granulationsgeschwulst ohne weiteres von der Hand zu weisen.

Andererseits liegt bei der so großen Häufigkeit der tuberkulösen Hirntumoren im Säuglingsalter die Vermutung sehr nahe, daß es sich hier um einen solchen handle; es sind auch gerade die terminalen Erscheinungen einer Meningitis, welche sehr zugunsten dieser Annahme sprechen. Sind doch nach der Angabe von Starr unter 300 Hirngeschwülsten des jugendlichen Alters 152 Tuberkel. Es könnte allerdings dagegen auch der Einwand erhoben werden, daß eine basale Meningitis tuberculosa selbst ohne Bestehen eines Tuberkels den Verlauf der Krankheit vollkommen erklären würde; kommt es doch vor, daß basale Entzündungsprodukte um die Austrittsstellen der Hirnnerven durch Ernährungsstörungen, Kompression oder Entzündung derselben zu ganz denselben Symptomen führen; dann müßten die kurz vor dem Tode aufgetretenen schweren Erscheinungen auf eine plötzlich erfolgte Ausbreitung des schon lange bestehenden chronischen Krankheitsbildes bezogen werden. Diese Annahme ist indes ebenfalls ziemlich unwahrscheinlich, da bei einigermaßen fortschreitender Ausbreitung eines exsudativen Prozesses wohl auch andere Gehirnnerven in Mitleidenschaft gezogen worden wären und die verhältnismäßige Konstanz des Krankheitsbildes sich schwer damit vereinbaren ließe. Wohl aber kann sie in weitaus der größten Mehrzahl der Fälle von Hirntuberkeln beobachtet werden, die ja nach der Zusammenstellung von Zappert zum größten Teil bei Kindern bis zum Eintritt der terminalen typischen oder atypischen Meningitis latent verlaufen (in 41 von 62 Fällen seiner Tabelle). Infolgedessen wird bei Kindern sehr oft ein recht großer Hirntuberkel bei der Sektion gefunden, während das Krankheitsbild das Bestehen eines solchen nicht hat erkennen lassen. Allerdings kommt es sehr auf Sitz und Größe der Geschwulst an, auch darauf, ob sie als solitäre oder multiple Neubildung auftritt; und gerade dann bilden sich ausgesprochene Herd-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erscheinungen aus, wenn das Wachstum des Tuberkels nicht vorher durch den Ausbruch einer Meningitis unterbrochen wird. Unter den vielfachen Erscheinungen, die uns zur Diagnose eines Hirntuberkels führen können, nehmen die Lähmungen der Hirnnerven eine besondere Gruppe ein. Sie treten oft als das einzige Symptom zu Beginn der Erkrankung auf, beschränken sich entweder nur auf die Augenmuskeln oder betreffen auch den Fazialis; diese initialen Symptome werden insbesondere bei Tumoren der Brücke oder der Vierhügel beobachtet, oft als einziges Anzeichen der Erkrankung, kommen aber nicht auch allzu selten bei Tumoren anderen Sitzes vor, wenn sie — in ihrem Wachstum schon recht vorgeschritten — einen starken Druck auf die Basis des Gehirnes ausüben. Doch steht wohl zu erwarten, daß diese letzteren auch Lähmungen oder Ausfallserscheinungen in der Funktion anderer Hirnnerven oder wenigstens die allgemeinen Symptome vermehrten Hirndruckes aufweisen würden; im allgemeinen gilt auch, daß beginnende Tuberkel im Groß- und Kleinhirn und den Stammganglien häufiger latent verlaufen, als solche im Pons und den Vierhügeln. Für diesen von uns angenommenen Sitz des Tumors spricht auch die von Zappert aufgestellte Behauptung, die lokalisierbaren Tuberkel seien meist schon ziemlich groß und besonders an diesen beiden Stellen oder auch im Kleinhirn gelegen. Gegen die Voraussetzung des Sitzes im Kleinhirn aber läßt sich der Mangel jeglicher zerebellarer Erscheinungen anführen, obwohl er auch kein sicherer Gegenbeweis ist. Ob wir es mit einem solitären Tuberkel oder mit multipeln solchen zu tun haben, von denen eben nur einer die sichtbaren Symptome verursacht, während die anderen nicht erkannt wurden, was ja nicht selten geschieht, darüber zu entscheiden haben wir keine Möglichkeit; wahrscheinlich ist es nicht, da multiple Tuberkel oft halbseitige, erst spastische, dann paretische Zustände der kontralateralen Körperhälfte in ihrem Gefolge haben. Es ist wohl auch keine erzwungene Erklärung, die zehn bis vierzehn Tage vor dem Tode aufgetretenen konvulsiven Zustände einer terminalen Meningitis oder einem trotz der Dünne des Schädels zu stark werdenden allgemeinen Hirndruck zuzuschreiben. die ja fast immer dieses Krankheitsbild abschließen.

Ein orbitaler Prozeß endlich kann nicht in Frage kommen, da der von Anfang an ganz geringe, bei Lähmungen der äußeren Augenmuskeln häufig beobachtete Exophthalmus nicht zugenommen hat; zudem hätte ein solcher Tumor irgendwelcher Ätiologie endlich doch zu Veränderungen am Optikus führen müssen.

Warum eine basale Schädigung des Okulomotorius nicht gut als Ursache der Lähmung angenommen werden kann, ist bereits früher erwähnt worden. (Scharf abgegrenzte, kaum fortschreitende Störung des einzigen Nervus oculomotorius bei Mangel jeder anderen Erscheinungen.)

Ein pathologischer Prozeß, der zur Lähmung von Augenmuskeln im allgemeinen führt, kann — abgesehen von Orbita und Hirnbasis — auch in der Kernregion oder in den Hemisphären des Gehirnes lokalisiert sein. Der Sitz der Störung in der Kernregion ist für unseren Fall nicht sehr wahrscheinlich, da totale einseitige Okulomotoriuslähmungen aus anatomischen Gründen selten nukleär sein werden.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine einseitige Okulomotoriuslähmung könnte auch durch Fernwirkung ausgelöst werden, wie sie z. B. von Tumoren des gleichseitigen Schläfenlappens hervorgebracht wird. Trotz alledem glauben wir für unseren Fall wohl am wahrscheinlichsten einen tuberkulösen Tumor der Vierhügel voraussetzen zu dürfen, obwohl nach Bernheimer der Sitz der Erkrankung aus der Lähmung von Okulomotoriusfasern allein niemals mit Sicherheit erschlossen werden kann.

Grätzer.

M. Pap, Geheilter Fall von idiopathischem Hydrocephalus acutus internus mit Erblindung beider Augen. (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 8.) Das 7jährige Kind erkrankte unter Erbrechen und Fieber und war binnen 2 Tagen erblindet. Die Krankheitserscheinungen deuteten auf Hydrocephalus acutus internus. Am 13. Tage wurde trepaniert, worauf vollkommene Heilung erfolgte.

Grätzer.

D. Galatti, Gefahren des Lutschers? (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 13.) Ein aus unzersetzbarem Material verfertigter, sorgfältig rein gehaltener Lutscher ist nicht gefährlich und kann bei unruhigen Kindern als Beruhigungsmittel angewendet werden; er ist unschädlicher als manche anderen üblichen Beruhigungsmittel.

Grätzer.

E. Wanietschek (Teschen a. E.), Bemerkenswerte Fälle von Meningitis (mit Ausgang in Heilung). (Prager med. Wochenschrift 1911. Nr. 10.) Bericht über einige interessante Fälle. Die Lumbalpunktion erwies sich stets als nutzbringend. Im übrigen verordnet W. heiße Torfmullkissen auf den Kopf, tägliche Einreibung von 1 g Crédescher Salbe von Nacken bis zum Gesäß (bei ausgesprochen eitrigen Prozessen auch 2 mal täglich je 1 g Kollargol als Klysma in 50 g Wasser) und innerlich zweistündlich einen Kinderlöffel einer 1 %igen Lösung von jodsaurem Natrium. Grätzer.

F. Krumbein und **E. Tomarkin,** Neuere Erfahrungen über die Anwendungsweise des Diphtherieheilserums. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte 1911. Nr. 9.) Möglichst frühzeitige Anwendung des Serums, intravenöse Einverleibung großer Dosen, Benutzung von hochwertigen Präparaten, d. h. Seren, welche möglichst viel Antitoxin in 1 ccm enthalten, das sind die Prinzipien, welche heutzutage beachtet werden sollten, um Erfolge zu erreichen. Grätzer.

Fieux (Bordeaux), Dans quelle mesure la numération des battements du coeur foetal peut-elle servir à pronostiquer le sexe de l'enfant? (Revue prat. d'obst. et de paediatrie. Décembre 1910.) Daß man das Geschlecht des Kindes vor der Geburt bestimmen kann, indem man die Anzahl der Herztöne in der Minute in Betracht zieht, ist von manchen behauptet, von anderen wieder bestritten worden. Um sich darüber Rechenschaft geben zu können, hat der Verfasser bei einer größeren Anzahl von Fällen die Herztöne während der Schwangerschaft gezählt und dann mit dem Geschlechte des Kindes in Vergleich gebracht. Es zeigte sich, daß eine absolute Regel nicht aufgestellt werden kann, daß aber ein gewisser Zusammenhang doch zu bestehen scheint, namentlich mit Bezug auf die rasch

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schlagenden Herzen (140—160 Schläge in der Minute), welche nur bei Mädchen gefunden werden. Ein Rhythmus unter 136 gibt ein Verhältnis von 60% Knaben und 40% Mädchen, während bei einem Rhythmus über 136 68% Mädchen und 32% Knaben verzeichnet wurden. Man kann also sagen, daß rasche Herztöne in dem erwähnten Verhältnisse eher dem weiblichen Geschlechte zukommen.

Hingegen wurde gar kein Zusammenhang zwischen Herztönen und fötalem Gewichte gefunden, obwohl dies von Divilleners und Cumming behauptet worden ist. E. Toff (Braila).

Roger Simon, De quelques effets tardifs des modes d'allaitement. (Thèse de Paris 1910.) Der Verf. hat an der Klinik des Prof. Pinard an 167 Individuen festgestellt, inwiefern die Ernährung im ersten Lebensjahre auf die spätere Entwicklung einwirkt, und ist zu folgenden Schlüssen gelangt.

Der Einfluß des Ernährungsmodus im ersten Lebensjahre ist sowohl auf die spätere Körpergröße, auf die Pubertät, als auch auf den Zustand des gastro-intestinalen Tractus festzustellen. Frauen, die an der Brust gesäugt worden sind, haben eine bedeutendere Körperhöhe, als solche, die mit der Flasche aufgezogen worden waren, und zwar eine größere, die in der eigenen Familie künstlich ernährt worden sind, als jene die auswärts aufwuchsen. Die Regeln erscheinen viel früher bei Frauen, die an der Brust gesäugt worden sind. Die letzteren sind auch während des späteren Lebens viel weniger der Gefahr ausgesetzt, an Magen-Darmleiden zu erkranken, als erstere. Je länger die Zeit gedauert hat, während welcher das betreffende Kind die Brust bekommen hat, um so seltener sind gastro-intestinale Störungen während des späteren Lebens. Die günstigsten Resultate scheint eine Säugedauer von 10—13 Monaten zu geben.

Zusammenfassend kann also von dem Standpunkte obiger Untersuchungen die Überlegenheit der Brusternährung über diejenige mit der Saugflasche ausgesprochen worden. Auch mit letzterer ist die Ernährung in der Familie derjenigen bei einer auswärtigen Pflegerin vorzuziehen. E. Toff (Braila).

Landouzy und **Laederich,** Des affections cardio-vasculaires congénitales hérédo-syphilitiques. (Presse médicale 1908. 29. Mai.) Am 27. Januar 1907 präsentierte eine Mutter mit einer verdächtigen Narbe an der Lippe ihr $2^1/_2$ Monate altes Kind mit einer spezifischen Hauteruption. Von der Mutter gestillt, entwickelte sich das Kind normal 2 Monate hindurch, ohne Koryza, ohne Hautausschlag und ohne Zyanose. Im Januar Diarrhöe und Erythem der Hinterbacken. Am 25. Auftreten der genannten Eruption mit Störung des Allgemeinbefindens. Auskultation negativ. Hg-Einreibungen, auf die wohl die lokalen Erscheinungen sehr rasch sich bessern, aber nicht der Allgemeinzustand. Am 31. Januar Bronchopneumonie und Ödem der Glieder. Tod am 3. Februar bei einem Gewicht von 2,650 kg gegen 3,500 kg bei der Geburt. — Autopsie: Lungenatelektase, Hyperämie der leicht sklerotischen Leber, Milz normal; Hyperämie der Nieren und Nebennieren; in den Hautpapeln und in den Nebennieren Spirochaete pallida. Herz voluminös. 35 g schwer, Herzohren voll Blut-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gerinnsel. Ventrikel leer. Starke Hypertrophie des rechten Herzens; das Kaliber der Aorta kleiner als das der Pulmonalarterie. Die Herzfurchen frei von Fett. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Vorhofsscheidewand sehr unvollständig, der Hiatus 16 mm lang und 9 mm breit. Die Höhlen des rechten Herzens sind größer als die des linken, rechter Ventrikel 5—6 mm, linker kaum 3 mm stark. Trikuspidalis und Mitralis bestehen aus 2 Klappen. Das Infundibulum der Pulmonalarterien sehr stark, Ductus arteriosus obliteriert. In diesem Fall, wo weder Zyanose noch ein Geräusch entstanden war, war die Diagnose intra vitam nicht möglich. H. Netter (Pforzheim).

Spillmann und **Hanns**, Das abdominale Syndrom der Purpura rheumatica. (La Province médicale 1910. Nr. 27. 2. Juli.) Unter den verschiedenen Purpuraformen gibt es eine, deren Selbständigkeit von allen Autoren angenommen wird: die rheumatische Purpura oder P. exanthematica. Sie ist charakterisiert durch die Symptomentrias: 1. Mehr oder weniger symmetrische Purpuraeruption, hauptsächlich an den Beinen und um die Gelenke lokalisiert; 2. mehr oder weniger intensive rheumatische Schmerzen mit oder ohne Gelenkschwellung; 3. gastro-intestinale Störungen, im allgemeinen wenig ausgesprochen, bestehend in Nausea, epigastrischem Schmerz, Diarrhoe, zuweilen aber derartig heftig und hervortretend, daß sie das klinische Bild völlig ändern. Dann gibt es unaufhörliches Erbrechen, sehr heftige Schmerzen in der epigastrischen Gegend, profuse, zuweilen blutige Diarrhoe. Bald fallen nun diese abdominalen Erscheinungen mit dem Erscheinen der Purpuraeruption zusammen, bald zeigt sich die Purpura lange vor der gastro-intestinalen Krise; bald endlich, aber weit seltener kommt das Exanthem erst einige Zeit — zuweilen erst mehrere Tage später — nach den abdominalen Symptomen zum Vorschein.

Hier sind zwei Beobachtungen von P. rheumatica mit intensiven abdominalen Erscheinungen bei 15jährigen, die übrigens beide geheilt wurden. In dem ersten Fall waren diese Symptome allerdings nicht stark genug, um der Operation ihr klinisches Aussehen zu nehmen. Es handelte sich um eine typische, fieberlose P. rheumatica mit zwei aufeinander folgenden Eruptionen, bei der aber die sehr ausgesprochenen abdominalen Symptome weit näher auf dem Plan waren als die anderen Symptome und auch viel länger als letztere anhielten. Sie beschränkten sich auf Schmerzphänomene; Erbrechen und Stuhlverhaltung waren wenig ausgesprochen. Sie hatten auch nicht die Form aufeinanderfolgender „Schmerzkrisen", die mit Perioden der Ruhe abwechseln. Endlich folgte der Purpura ein Erythema confusiforme. Im zweiten Fall bewirkten es die Intensität der abdominalen Erscheinungen und deren frühzeitiges Auftreten (mehrere Tage vor der Purpuraeruption), daß die richtige Diagnose erst spät gestellt und, daß zunächst an eine innere Einklemmung gedacht wurde. Am siebenten Tag nach Beginn kam es zu einem „spontanen intestinalen Débâcle" ohne Melaena, und kurz danach waren alle Symptome verschwunden. Vier Tage nach dem Aufhören der abdominalen Erscheinungen, als der Knabe nach Hause geschickt werden sollte, traten Gelenkschmerzen, Fieber,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cephalea ein, und erst am folgenden Tag erschienen die ersten Purpuraflecke. H. Netter (Pforzheim).

John Lovett Morse, A study of the value of Brudzinski's „Neck Sign" and of the contralateral reflex in the diagnosis of meningitis in infancy and childhood. (Arch. of Ped. 1910, August.) Von Br. sind in den letzten Jahren einige Reflexphänomene beschrieben worden, die für die Diagnose der Meningitis, besonders der tuberkulösen, sehr wertvoll sein sollen: der kontralaterale identische Reflex — bei Flexion des einen Beines reflektorische Beugung des anderen; der reziproke kontralaterale Reflex: bei Flexion eines Beines reflektorische Extension des anderen; das Nackenphänomen — bei passiver Vorwärtsbewegung des Kopfes reflektorische Flexion der Beine. — Der amerikanische Arzt hat diese Reflexion bei 400 Kindern durchgeprüft und folgendes gefunden: die kontralateralen Reflexe und das Nackenphänomen kommen nie vor bei gesunden Kindern oder bei solchen, die an Krankheiten leiden, welche nicht das Nervensystem betreffen. Unter den letzteren kommen sie fast nur der Meningitis zu. Der kontralaterale Reflex ist weit weniger konstant als das Nackenphänomen. Beide kommen intermittierend vor oder können während des ganzen Verlaufes der Krankheit fehlen. Ihr Vorhandensein bei einer akuten Krankheit spricht sehr für Meningitis, ihr Fehlen schließt diese nicht aus. Der diagnostische Wert des kontralateralen Reflexes ist nicht so groß wie der des Nackenphänomens. Beide Phänomene kommen bei allen Formen der Meningitis vor und können zur Differentialdiagnose der verschiedenen Typen nicht verwertet werden. H. Netter (Pforzheim).

G. A. Sutherland und **F. F. Burghard,** Splenektomie wegen Anaemia splenica. (Proceed. of the Royal Society of Medicine-Clinical Section 1910, Dez.) Zwei Fälle: 1. 12jähriges Mädchen, dessen Schwester mit 13 Jahren an A. spl. gestorben war. Die Milz hatte einen größten Längendurchmesser von 8 Zoll, die Haut war blaßgelb, das Blut zeigte die typischen Veränderungen. Da bei dreimonatlicher Behandlung der Zustand sich immer weiter verschlimmerte, schritt man zur Splenektomie. 3 Tage post operat. ergab eine Blutuntersuchung eine Zunahme der roten Blutkörperchen von 2500000 auf 4700000 und des Hämoglobingehaltes von 40% auf 76%. Die Besserung hielt stand und die Erscheinungen der Anämie verschwanden gänzlich. 4 Jahre später war aus der Operierten ein starkes 17jähriges Mädchen geworden, das mit seiner Mitralstenose eine Hausmädchenstelle versah.

2. 6jähriges Mädchen mit den typischen Zeichen der A. spl. Einmal Epistaxis, aber keine Steigerung zu Purpura. v. Pirquets und Wassermanns Reaktion negativ. Nach sechsmonatiger interner Behandlung Splenektomie. Längster Durchmesser der Milz 6 Zoll, Gewicht 1 Pfund, keine Veränderungen außer allgemeiner Hyperplasie. 4 Tage post operat. hatten die roten Blutkörperchen um 2200000, der Hämoglobingehalt um 22% zugenommen, einen Monat später bei ersteren eine weitere Zunahme um 1500000, bei letzterem um 20%.

H. Netter (Pforzheim).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. E. Holt, Josephine Hemonway und **Martha Wollstein,** Observations upon 300 cases of Acute Meningitis in Infants and Young Children. (N. Y. Med. Record, 21. Jan. 1911.) Verf. analysieren 300 Fälle von akuter Meningitis, die sie in dem New Yorker Kinderhospital während der letzten 8 Jahre beobachtet haben. H. ist der Ansicht, daß über 70 % der Fälle von Meningitis bei Kindern unter 3 Jahren tuberkulös sind und stets durch die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit festgestellt werden können. Er glaubt ferner, daß besonders bei Säuglingen die tuberkulöse Meningitis eine Teilerscheinung allgemeiner Tuberkulose bildet und oft die unmittelbare Todesursache ist, bevor die Läsionen in den andern Körperteilen genügend ausgesprochen sind. Die Krankheit betrifft hauptsächlich Kinder, die mit schwindsüchtigen Erwachsenen in nahen Verkehr kommen. Die tuberkulöse Meningitis endet fatal innerhalb 5 Wochen, oft schon nach 2 Wochen. Die v. Pirquet-Reaktion ist fast immer positiv.

Pneumokokkenmeningitis besteht gewöhnlich bei jüngern Kindern und ist mit Lungenentzündung verbunden. Klinisch ist diese Art der Meningokokkenmeningitis ähnlich, ist jedoch schnell fatal; dasselbe gilt für Influenzameningitis. Strepto- und Staphylokokkenmeningitis sind selten mit Ausnahme von Neugeborenen, bei welchen die Meningitis oft mit Spina bifida verbunden ist. Meningitis mit Mastoiditis ist sehr selten bei jungen Kindern. Meningokokkenmeningitis ist die einzige Art, die Hoffnung für eventuelle Heilung bietet. Die Resultate haben sich durch die frühe Anwendung von Heilserum (Flexner) bedeutend gebessert.

Sheffield.

H. P. T. Örum und **L. Bahr,** Untersuchungen über die Ätiologie der Kindercholerine. (Aus dem Serumlaboratorium der Kgl. Hochschule f. Veterinärwissenschaft und Landwirtschaft. Vorstand Prof. C. O. Jensen.) (Bibliotek for Läger 1910. Heft 4.) Die Verf. faßten ihre Ergebnisse in folgender Weise kurz zusammen: 1. Durch die Untersuchung von 75 Fällen von Kindercholerine aus Kopenhagener Krankenhäusern wurden sowohl in den Fäzes als in Harn, Blut, Galle und inneren Organen (Lunge, Milz, Mesenterialdrüsen und Niere) gewöhnlich Bakterien der Coligruppe, nämlich Coli A-, Coli B-, Metacoli-, Paracoli- und Pseudocolibazillen nachgewiesen. Streptococci (und andere Cocci) nebst Proteusformen wurden in einer kleinen Anzahl Fälle nachgewiesen. Typhusbazillen waren in keinem Fall vorhanden. 2. Es geht aus den Untersuchungen hervor, daß es wahrscheinlich ist, daß Bakterien der Coli-Typhusgruppe eine bedeutende Rolle bei der Kindercholerine spielen, und selbst wenn die Bakterieninfektion nicht primär sein würde, ist es einleuchtend, daß eine Einwanderung von Bakterienformen in dem stattfindenden Umfang von großer Bedeutung für den Patient und für den Charakter der Cholerine sein muß. 3. Es ergibt sich ferner aus den Untersuchungen, daß bei einer großen Anzahl Kindercholerinefälle sowohl in den Fäzes als in Harn, Blut, Galle und inneren Organen Bakterientypen der Coligruppen nachgewiesen sind, die nach ihren biologischen Verhältnissen vermeintlich identisch mit den Bakterien sind, die als die Ursache bös-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

artiger Fälle von Darminfektion bei nüchternen Kälbern nachgewiesen sind, und da man vermittels oben erwähnter Bakterien (von an Kalbsdiarrhoe gestorbenen Kälbern gezüchtet) Antisera dargestellt hat, die sowohl in prophylaktischer als in kurativer Beziehung sich wirksam gegen Kalbsdiarrhoe gezeigt haben, fordern die Untersuchungen auf, Versuche über die Darstellung von Sera gegen die Kindercholerine anzustellen. Adolph H. Meyer.

A. Ramacci, Der Kalkstoffwechsel in einem Falle von Chorea. (Pediatria 1910. Nr. 8.) Verf. stellte bei 2 Kindern gleichen Gewichts und Alters, einem gesunden und einem mit Chorea, exakte Kalkbilanzen auf. Das gesunde Kind retinierte von 4,5 g eingeführtem Kalk 88,6 %, das konnten in zwei Perioden von 2,7 bzw. 1,44 g nur 40,9 bzw. 46,9 %, nach einer Parathyreoidinkur von 2,35 g sogar nur 14,3 %. M. Kaufmann.

G. D. Christina, Ist es unschädlich, in Fällen von Stauung im kleinen Kreislauf den rechten Ventrikel durch Punktion zu entlasten? (Pediatria 1910. Nr. 8.) In einem Falle von totaler Synechie des Herzbeutels nahm Verf. im vierten rechten Interkostalraum mit einer Luerschen Spritze von 10 ccm und einer mitteldicken Nadel von 5 cm eine Punktion vor, die einige Kubikzentimeter Blut entleerte und von dem kleinen Patienten ohne Schädigung ertragen wurde. Er starb nach 10 Tagen, und bei der Autopsie fand sich in der Mitte des rechten Ventrikels ein kleines lineares Hämatom, das sich durch die ganze Wanddicke fortsetzte, ohne daß das Blut in das umgebende Gewebe eingedrungen wäre. Verf. schließt daraus, daß eine unter allen Kautelen gemachte Punktion zur Entlastung des kleinen Kreislaufs erlaubt sei und unter Umständen großen theradeutischen Nutzen bringen könne. M. Kaufmann.

A. Jovane und **R. Vaglio,** Tetanie und Nebenschilddrüseninsuffizienz. (Pediatria 1910. Nr. 11.) Die Hundeversuche der Verff. ergaben eine sehr ausgesprochene Steigerung der elektrischen Erregbarkeit nach totaler wie partieller Exstirpation der Nebenschilddrüsen, die sowohl durch Injektion von $CaCl_2$- wie von $MgSO_4$-Lösungen sich wesentlich herabsetzen ließ. Sie halten die Beziehungen der spontanen zu der parathyreopriven Tetanie für erwiesen und glauben, daß der häufige Befund von Veränderungen in den Nebenschilddrüsen von Tetaniepatienten die Hypothese von der Abhängigkeit der Tetanie von den veränderten Nebenschilddrüsen beweist; auch wo der Zusammenhang anatomisch nicht zu beweisen ist, ist er anzunehmen. Ganz besonders gilt dies für Säuglinge, bei denen physiologisch ein Zustand von Hypofunktion der Nebenschilddrüsen besteht und durch künstliche Ernährung noch gesteigert wird. M. Kaufmann.

L. Alexandroff, Die Steinkrankheit der Blase bei Mädchen und die Besonderheiten derselben. (Russk. Wratsch. 1910. Nr. 43.) Während seiner 22jährigen Tätigkeit am Olga-Kinderkrankenhause in Moskau beobachtete Autor 573 Knaben und nur 18 Mädchen mit Lithiasis, was etwa 3 % ausmacht. Diese Tatsache ist auch von Autoren in anderen Ländern konstatiert worden. Die Fälle standen im Alter von 2 Jahren 8 Monaten bis zu 10 Jahren; die Dauer der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheit war verschieden, meistens aber sehr lange. Die Anfälle waren durch häufigen Harndrang, der sich in schweren Fällen bis zur Inkontinenz steigerte, durch eine unbestimmte Schmerzhaftigkeit in der Blasengegend und in allen schweren Fällen durch einen Prolaps des Rektums charakterisiert. Gerade diese wenigen scharf ausgesprochenen Eigenschaften der Anfälle sowie die Unbestimmtheit der Symptome erschweren die rechtsseitige Diagnose bedeutend. Die Größe der Steine, die entweder durch Litholapaxie oder durch Sectio alta entfernt wurden, schwankte zwischen 0,5 und 8,6 g. In den meisten Fällen — abgesehen von zwei Fällen, wo der Exitus eintrat und deren Krankengeschichten in extenso mitgeteilt werden — war der Erfolg der Operation ein guter.

Auf Grund seiner Erfahrungen gelangt der Autor zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Blasensteine kommen bei Mädchen im Vergleich mit Knaben äußerst selten vor. Die Ursache hierfür liegt nicht nur in den anatomischen Besonderheiten der herabführenden Wege bei Mädchen, sondern auch darin, daß bei denselben die harnsaure Diathese seltener beobachtet wird. Infolgedessen bilden sich auch in der Niere seltener Harnsäurekonglomerate, die den Anlaß zur Bildung von Steinen abgeben.

2. Die Schmerzanfälle durch die Blasensteine sind beim Mädchen schwächer als beim Knaben und ohne bestimmte Lokalisation. Die beim Harnlassen sehr häufig ausgeübte Anspannung der Bauchmuskulatur führt zum Prolaps des Rektums. Es ist deshalb bei Mädchen mit Rektumprolaps stets auf Blasensteine zu fahnden.

3. Bei Mädchen trifft man sehr häufig vernachlässigte Formen der Lithiasis mit größeren Steinen.

4. Behufs Entfernung der Blasensteine bei Mädchen ist die Litholapaxie am geeignetsten. Allein bei sehr großen Steinen und Inkontinenz des Harnes, bei gleichzeitigem geringem Blaseninhalt ist der Sectio alta der Vorzug zu geben. S. Rubinstein (Riga).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 10. Februar 1911.

Pfaundler demonstriert einen Fall von **Pseudorachitisme syphilitique.** Es handelt sich um eine Spätform kongenitaler Lues mit hochgradigen multiplen Verkrümmungen der Gliederknochen, die Rachitis vortäuschen, jedoch nach dem Röntgenbefunde und gewissen differential-diagnostisch bedeutsamen Charakteren gleichfalls luetischen Ursprunges sind. Salvarsanbehandlung.

Pfaundler bespricht einen Fall von **Pubertas praecox** bei einem jetzt 15jährigen Knaben mit Kryptorchie und Hypoplasie der äußeren Genitalien, durch die ein Pseudo-Hermaphroditismus vorgetäuscht wird. Bei der Geburt bestanden Zweifel über das Geschlecht, weil das leere Skrotum nach Art großer Labien geteilt, der Penis sehr klein war und komplette Hypospadie bestand. Im 10. Jahre

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trat Bartbildung, allgemeiner Haarwuchs, Stimmveränderung ein und sistierte infolge Verschlusses aller Epiphysenlinien jegliches weitere Wachstum. Daher Zwergwuchs bei erwachsenen Gesichtszügen, athletischer Muskulatur und starkes Überwiegen der Oberlänge gegen die Unterlänge. Rippenknorpel verkalkt. Weder körperlich noch geistig irgendwelche Anzeichen von Heterosexualität. Normale Geschlechtsempfindung. Partielle Erektionen ohne Samenerguß. Es ist anzunehmen, daß durch die Lageveränderung der Hoden ihre generative Funktion schwer beeinträchtigt, dagegen die interstitielle Funktion, die die Pubertätserscheinungen und den Epiphysenschluß beherrscht, in übermäßigem oder verfrühtem Maße wirksam geworden ist. Mit Hinblick auf die Befunde am chromaffinen System bei vorzeitiger Pubertät interessiert ein vielleicht von der Steißdrüse ausgehender kleinapfelgroßer zystischer Tumor am oberen Ende der Glutäalfalte.

Pfaundler demonstriert eine nach allen mikroskopischen und chemischen Charakteren als **echte Milch** anzusprechende Flüssigkeit, die das Eutersekret eines noch nicht 2jährigen, noch nicht gedeckten und sicher nicht tragenden Kuhkalbes darstellt. (Beobachtung des Herrn Gutsbesitzers Auzinger auf Berghof bei Polling.) Das Kalb war von anderen Jungtieren im Laufstall angesaugt worden. Bericht über die in der Literatur vorliegenden analogen Fälle bei Haustieren und beim Menschen. Die Tatsache, daß eine Milchdrüse ohne vorausgegangene Präparation durch Schwangerschaft, durch mechanische Reize zur Produktion großer Mengen echter Milch gebracht werden kann, ist mit den geläufigsten Theorien der Laktation unvereinbar. Man muß annehmen, daß nicht allein der Inhalt des schwangeren Uterus (Plazenta oder Embryo nach Halban bzw. Starling und Biedl), sondern auch die Keimdrüse selbst der Ursprungsort von Hormonen sein könne, deren Wirkung anabolische und deren Ausfall katabolische Prozesse in der Milchdrüse hervorruft. Schein nimmt eine kontinuierliche, insensible Brustdrüsensekretion an. Pathologische Vorgänge im Keimdrüsenbereich können vermehrte plastische und sekretorische Anreize verursachen. Der Saugreiz erhält und vermehrt die Sekretion.

Berliner orthopädische Gesellschaft.

(Nach der deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 5. Dezember 1910.

Vorsitzender: Joachimsthal; Schriftführer: Böhm.

1. Kölliker (Leipzig): **Eine besondere Form des Pectus carinatum.** Die Besonderheit dieser Form von Hühnerbrust besteht darin, daß die stärkste Prominenz durch die vorderen Teile der Rippen gebildet wird, während das Sternum eingesunken ist. In Leipzig soll die Affektion häufig sein. Therapie: Federnder Brustgürtel.

2. Joachimsthal: **Nachuntersuchung im Säuglingsalter reponierter Kinder mit angeborener Hüftluxation.** Unter Demonstration von Röntgenbildern und Patienten weist J. auf die funktionell und anatomisch idealen Resultate bei den im ersten Lebensjahre reponierten hüftverrenkten Kindern hin. Als Fixationszeit genügte in der Regel eine Dauer von 3—4 Wochen. Leider bekommt man nur selten Kinder so frühzeitig zur Behandlung.

Diskussion. Bade (Hannover) hat ein Kind von 2 Tagen mit achttägiger Verbandfixation nach Reposition erfolgreich behandelt. — Biesalski reponierte zwei Kinder im ersten Lebensjahr. — Wollenberg ebenfalls.

3. Gräfenberg (a. G.): **Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der kongenitalen Mißbildungen der menschlichen Hand.** Vortragender hat bei einer Reihe von Mißbildungen des Hand- und Fußskeletts bei jungen Föten und Neugeborenen durch Präparation der Muskeln die Ätiologie der Deformitäten zu klären gesucht, was durch die Röntgenuntersuchung allein nicht möglich ist. Er glaubt, in einer Anzahl von Fällen eine endogene Ursache annehmen zu müssen.

4. Peltesohn: **Subkutane Arthodese.** Die Bolzung paralytischer Gelenke mit Elfenbeinstiften nach Bade gibt keine guten Dauerresultate, wie aus den drei an

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kranken der orthopädischen Universitätspoliklinik ausgeführten subkutanen Arthrodesen hervorgeht. In zwei Fällen zerbrachen die Nägel, einmal brach der Nagel durch die Kortikalis nach mehreren Monaten spontan heraus. Einmal wurde die offene Arthrodese später notwendig. Die Badesche Operation kann keine guten Dauerresultate geben, da die Elfenbeinnägel im Gelenkspalt schnell brüchig werden und das Gelenk selbst keine Reaktion zeigt, wie die klinische Untersuchung, das makro- und mikroskopische Studium der resezierten Gelenkenden ergibt.

Diskussion. Bade (Hannover): Die Brüchigkeit der Elfenbeinstifte hängt vielleicht mit dem Knochen der Stifte kurz vor der Operation zusammen. Im Fall des Bruches des Elfenbeins empfiehlt Bade die Nachbolzung. Auch er sah mehrfach Bruch und Biegung der Stifte. — Biesalski, Kölliker (Leipzig) und Joachimsthal sprachen sich aus verschiedenen Gründen gegen das Badesche Verfahren aus. — P. (Schlußwort) glaubt von seinem ablehnenden Standpunkt nicht abgehen zu brauchen.

5. Bibergeil: **Doppelseitiger angeborener Schulterblatthochstand.** Es handelt sich um ein einjähriges Kind. Neben dem doppelseitigen Hochstand der Schulterblätter fiel die abnorme Kürze des Halses auf. Röntgenologisch wurde das Fehlen des ersten bis vierten Halswirbels festgestellt, sowie eine seitliche Abweichung des fünften Wirbels nach rechts. Die Ursache der Deformität ist eine Entwicklungshemmung im Bereich des Schultergürtels.

Diskussion: Biesalski, Böhm und Cohn berichten über ähnliche Fälle.

Verein der Ärzte in Halle a. S.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 11. Januar 1911.

David: Demonstrationen. 1. Ein 4jähriges Kind mit den Zeichen der von Foerster als **atonisch-astatischer Typus der infantilen Zerebrallähmung** beschriebenen Störung. Es bestand bei Beginn der Behandlung außer abnorm starker Beweglichkeit vieler Gelenke eine vollständige Astasie des Kopfes, Rumpfes und Beckens. Trotzdem ist die Kraft der Muskeln nicht herabgesetzt, auch weicht der elektrische Befund nicht vom normalen ab. Die Reflexe bieten nichts Besonderes. Da Spasmen und Paresen vollständig fehlen, so ist der Fall als äußerst rein im Foersterschen Sinne zu bezeichnen. Es gelang bisher durch methodische Übungen, einen großen Teil der Astasie zu beseitigen.

Die Differentialdiagnose gegen Myatonia congenita (Oppenheim) und ähnliche Zustände bei Rachitis wurde besprochen und kurz auf die Stellung dieses Typus zur infantilen Zerebrallähmung (im Sinne Freunds) und auf die eventuelle pathologisch-anatomische Ursache eingegangen.

2. 3jähriges Kind, das infolge einer Poliomyelitis anterior acuta außer einer Paraplegie beider Beine eine linksseitige **Lähmung eines Teils der** schiefen und queren **Bauchmuskulatur** akquiriert hat. Durch die umschriebene Schlaffheit der Bauchmuskeln treten bei Zunahme des Bauchinnendruckes die Eingeweide tumorartig hervor, ganz entsprechend dem früher als Pseudohernia lumbalis (Borchard) beschriebenen Krankheitsbild, auf dessen richtige Deutung erst Ibrahim aufmerksam gemacht hat. Da nur einzelne Etagen des linksseitigen Bauchreflexes gestört sind und der Rectus abd. keine Veränderung zeigt, wird kurz auf die Bedeutung dieser Fälle für die Segmentdiagnostik hingewiesen.

Diskussion. Mohr: Fälle, wie der zuerst vom Vortragenden gezeigte, sind nach unseren Erfahrungen in der Poliklinik nicht ganz selten. Im Laufe der letzten 3 Jahre haben wir ungefähr 6 Fälle gesehen. Einer unserer letzten ist in der Dissertation von Reinhard beschrieben. Die sichere Unterscheidung zwischen Oppenheims Myatonia und dem Försterschen Typus der zerebralen Kinderlähmung ist nicht immer möglich; ich möchte sogar meinen, daß beide häufig identisch sind. Differentialdiagnostisch kommen beim Foersterschen Typus in erster Linie die psychischen Störungen in Betracht. Hinsichtlich der Pathogenese dieser Muskelschlaffheit bei der Myatonia congenita Oppenheims hat man neuerdings an eine Hyperfunktion der Epithelkörper gedacht — als Gegenstück zur

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tetania parathyreoidea. Möglicherweise kommt bei dem Zusammenhang von Epithelkörper und Thymus auch letzterer in Betracht. Daneben muß man berücksichtigen, daß Förster in einem seiner Fälle Stirnhirnveränderungen gefunden hat, und ebenso ist an eine Affektion des Kleinhirns zu denken, von dessen Funktion besonders die Rückenmuskulatur abhängig ist. Anton hat vor einiger Zeit einen solchen Fall mit im Röntgenbild nachgewiesener Aplasie des Kleinhirns vorgestellt. Daß in vielen Fällen nur funktionelle Störungen in der Muskulatur oder in den Nervenzentren vorliegen, wird durch die Gutartigkeit des Leidens bewiesen, das einer völligen Heilung oft fähig ist.

Veit fragt den Vortragenden, ob ein Zusammenhang des von ihm demonstrierten ersten Symptomenkomplexes mit den ganz gleichen oder wenigstens sehr ähnlichen Erscheinungen am eben geborenen Kind möglich ist, also ob es sich hierbei nicht um eine Erhaltung gewisser Eigentümlichkeiten aus unserer ersten Jugend handelt.

David: Es ist möglich, daß das Pathologische dieser Form der Kinderlähmung nur in dem langen Fortbestehen eines Zustandes liegt, der für den Neugeborenen physiologisch ist.

Mohr: **Demonstration zur Pathologie der Drüsen mit innerer Sekretion.** 8jähriges Mädchen, bei dem gelegentlich einer Erkrankung an Herpes febrilis bei der Untersuchung in der Poliklinik eine auffallende Entwicklung der Weichteile in der Beckengegend festgestellt wurde. Das Kind zeigt eine sehr starke Fettansammlung an beiden Nates, an den Oberschenkeln, besonders an deren Innenseite, oberhalb des Mons veneris eine tiefe Querfalte, welche durch die starke Fettansammlung an der Bauchhaut bedingt ist. Die Michaelissche Raute ist vollkommen ausgeprägt. Die Mammae abgesetzt, in mäßigem Grade entwickelt. Am Oberkörper keine lokale oder allgemeine Fettanhäufung.

Die Schilddrüse ist nicht zu fühlen, auf dem Röntgenbilde auch nicht deutlich zu sehen. Der Schädel ist ziemlich groß, die Stirnhöcker vorgetrieben, der Stirnteil des Schädels überhaupt stark entwickelt. Die Ohren sind groß, an den Schädelwänden keine Veränderung. Keine Funktionsstörungen der Gehirnnerven, keine Drucksymptome. Innere Organe o. B. Im Blut keine Eosinophilie, Hb 85, normaler mikroskopischer Befund. Das Kind ist 120 cm lang. Gewicht: 25 kg.

Schädelmasse: Dist. frontooccipit. 17,0 cm, Dist. occipit.-bregm. 15 cm, Dist. biparietal. 14 cm, Kinn-Hinterhaupt 21 cm. Sella turcica im Röntgenbild deutlich erweitert.

Sonstige Masse: Umfang: Oberarmmitte rechts 19,5 cm, links 19,5 cm, Oberschenkelmitte rechts 42,0, links 42,0 cm, Unterschenkelmittel 27,5 cm, maxim. Bauchumfang 71,0 cm, Leibumfang 59 cm, Dist. interspin. 19,5 cm, Dist. intertrochant. 25,0 cm.

Nachträglich gab die Mutter an, daß das Kind bis vor 2 Jahren sehr mager gewesen ist. Wegen Scharlach wurde es vor 2 Jahren in der Poliklinik behandelt. Darnach trat diese, auch der Mutter auffallende Fettzunahme an den Hüften auf, die besonders in der letzten Zeit zugenommen hat.

Behandlung mit Thyreoidin (2 mal eine halbe Mercksche Tablette) wurde nicht vertragen und mußte wegen Herzklopfen und Kopfschmerzen ausgesetzt werden.

Es handelt sich hier um einen interessanten Fall von Hypophysisvergrößerung bei einem Kinde, das eine abnorme Fettansammlung in der Becken- und Bauchgegend und dadurch gewissermaßen äußerliche Zeichen der Frühreife aufweist.

Das Fett ist an den Stellen vorhanden, die beim sogen. eunuchoiden Typus der Fettsucht bevorzugt sind, welche nach Kastration und bei der neuerdings bekannter gewordenen hypophysären Fettsucht (Degeneratio adiposo-genitalis) beobachtet ist. Eine Beteiligung der Hypophyse ist auch in unserem Falle in der Vergrößerung der Sella turcica ersichtlich. Es ist aber hier, wie wohl in allen bisher bekannten Fällen von hypophysärer Fettsucht nicht zu entscheiden, ob die Hypophysenveränderung das Primäre ist oder ob nicht Störungen von seiten anderer Drüsen mit innerer Sekretion dabei die Hauptrolle spielen. Nach Tandler und Groß kann der Zusammenhang ein recht mannigfaltiger sein:

a) Primäre Erkrankung der Hypophyse, konsekutive Erkrankung des Genitales, dieser koordiniert, also ebenfalls direkt von der Hypophyse ausgehend, Fettwuchs; in seltenen Fällen könnte nur eine der beiden Konsequenzen sich ausbilden, die andere ausbleiben.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) Primäre Erkrankung der Hypophyse, konsekutive Erkrankung des Genitales, durch die letztere bedingt Fettwuchs.

c) Primäre Erkrankung der Keimdrüse, konsekutive Fettsucht und hypophysäre Veränderung koordiniert. Auch hier könnte einer der beiden konsekutiven Prozesse ausbleiben.

d) Primäre Erkrankung der Keimdrüse, konsekutive Veränderung der Hypophyse, welche den Fettwuchs bedingt.

Hinweise auf den Zusammenhang zwischen den genannten Organen gibt das Experiment und die Klinik. So ist bekannt, daß nach Exstirpationen der Schilddrüse die Hypophysis vergrößert wird. Bei der Akromegalie finden sich Symptome des Schilddrüsenausfalls u. a. Bekannt ist ferner die Schilddrüsenvergrößerung bei Exstirpation und schlechter Entwicklung der Genitalorgane. Schon 4 Tage nach einer Uterusexstirpation ist die Hypophysis vergrößert gefunden worden. Auch in der Schwangerschaft sind Hypophysenveränderungen beobachtet worden. In Übereinstimmung mit anderen Autoren habe ich eine im Röntgenbild aus der Vergrößerung der Sella turcica ersichtliche Zunahme der Hypophysis nachweisen können. Ich zeige Ihnen hier eine Reihe von Röntgenbildern des Schädels, welche von Schwangeren aus der hiesigen Frauenklinik stammen, für deren Zuweisung ich Geheimrat Veit verbunden bin. (Demonstration.)

M. H.! Sie können aus diesen kurzen Ausführungen ersehen, wie vielgestaltig die Zusammenhänge unter diesen interessanten Organen sind und wie schwer es auch ist, im einzelnen Falle die Frage nach den schuldigen primären Organen zu entscheiden. Auch in unserem Falle ist dies nicht möglich. Man hat deshalb auch von einem Syndrome pluriglandulaire gesprochen, Fälle, in denen Symptome von Funktionsstörungen mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion vorliegen. Bei dem engen Zusammenhange der einzelnen Drüsen ist die Symptomenmischung nicht auffallend. Auch wir haben mehrere Krankheitsbilder dieser Art beobachtet.

Es verdient in dem vorliegenden Falle hervorgehoben zu werden, daß die Schilddrüse nicht nachweisbar ist, und daß die Möglichkeit wohl gegeben ist, daß die Hypophysenvergrößerung sekundärer Art ist. Ob eine Störung von seiten der Genitalorgane in unserem Falle da ist, ist nicht zu sagen. Ich beschränke mich deshalb nur noch einmal auf die Feststellung, daß hier eine Vergrößerung der Hypophyse mit eigentümlicher Entwicklung und Lokalisation von Fettdepots vorliegt, und daß dies im Anschluß an Scharlach entstanden ist. Es liegt gewissermaßen eine Form partieller hypophysärer Fettsucht vor.

Therapeutisch ist bisher ohne Erfolg Schilddrüse verfüttert worden. Wir werden jetzt Hypophysenextrakt verabreichen, da bei dessen Verwendung in einzelnen Fällen von Hypophysentumoren mit Augensymptomen Erfolge gemeldet sind. Daß v. Eiselsberg, Hochenegg bei hypophysärer Fettsucht die vergrößerte Hypophyse operativ entfernt haben, sei noch erwähnt. Die Fettsucht wurde in befriedigender Weise nicht beeinflußt, der Hirndruck und die lokalen Störungen jedoch wesentlich gebessert.

Diskussion: v. Hippel: Zu dem zweiten Falle, den Mohr erwähnte, möchte ich bemerken, daß ich denselben genauer zu publizieren beabsichtige, wenn die Beobachtung abgeschlossen ist. Vom ophthalmologischen Standpunkt ist an demselben besonders bemerkenswert, daß er doppelseitige Optikusatrophie hat, aber nicht die bei Hypophysistumoren gewöhnliche temporale, sondern eine typische homonyme Hemianopsie zeigt, die wohl mit Sicherheit als Traktushemianopsie anzusehen ist. Ich habe angefangen, denselben mit Hypophysistabletten zu behandeln, und es hat sich ergeben, daß nach verhältnismäßig kurzer Zeit eine Erweiterung des Gesichtsfeldes eintrat derart, daß jenseits der zuerst genau vertikalen Trennungslinie Lichtempfindung auftrat. Patient mußte in ambulante Behandlung entlassen werden, die Beobachtung ist noch nicht abgeschlossen.

Sitzung am 25. Januar 1911.

Blümel: **Die Bedeutung der Pirquetschen Reaktion für die Diagnose der Tuberkulose.** Die leichte Ausführbarkeit und Unschädlichkeit der Pirquetschen Impfung hat in der Allgemeinpraxis teilweise zu einer Überschätzung ihres Wertes für die Diagnose geführt. Der positive Pirquet zeigt eben im allgemeinen alle tuberkulösen Herde im Menschen an, gleichviel ob die Tuberkulose aktiv, latent

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder absolut ist. Deshalb läßt sich durch den Pirquet allein nicht entscheiden, ob das betr. Individuum krank an seiner Tuberkulose, also behandlungsbedürftig ihretwegen ist. Im übrigen ist die Reaktion spezifisch. Sie versagt bei Kachexie, tuberkulöser Meningitis, Miliartuberkulose, überhaupt bei chronischer allgemeiner Tuberkulose, und auch bei Masern ziemlich regelmäßig; ebenso hie und da bei inaktiver Tuberkulose — die Allergie erlischt öfter im Laufe des Lebens — und nach Einverleibung größerer Tuberkulindosen.

Der positive Ausfall der Probe ist entscheidend für die Diagnose „Tuberkulose" im 1. und 2. Lebensjahr, weil hier inaktive Tuberkulosen noch selten sind; im späteren Kindesalter und beim Erwachsenen zeigt der Pirquet schon viel zu viel inaktive geheilte Fälle mit an. Auch die Intensität und der Ablauf der Reaktion sind nicht ohne weiteres imstande die Frage zu entscheiden, ob das betr. Individuum tuberkulosekrank oder nur tuberkulös infiziert ist. Vielleicht kann die Verwendung abgestufter Tuberkulinkonzentrationen mehr zur Lösung dieser Frage beitragen.

Der negative Ausfall der Reaktion ist dagegen viel brauchbarer für die Diagnose, da er Tuberkulosekrankheit (im klinischen Sinne) meist ausschließen läßt, abgesehen von den oben erwähnten Ausnahmen, wo die Reaktion versagt.

Unzweckmäßig erscheint es deshalb auch, Schulkinder nur auf Grund der positiven Pirquetschen Reaktion als Kranke behandeln zu wollen. Hier dürfen nur klinische Gesichtspunkte entscheiden.

Ebensowenig soll man sich verleiten lassen, bei perkutorischen und auskultatorischen Veränderungen in den Lungenspitzen z. B. durch einen positiven Pirquet die tuberkulöse Natur des Leidens für erwiesen zu halten; denn über Lokalisation und Ausdehnung der Erkrankung erfahren wir durch den Pirquet nichts.

Schlußsätze:

1. Die Pirquetsche Reaktion ist im allgemeinen spezifisch.
2. Für die Diagnose entscheidend ist sie meistens im 1. und 2. Lebensjahr.
3. Im späteren Alter sind vor allem klinischer Befund und Beobachtung für die Diagnose maßgebend; jedenfalls ist auch die Intensität der Reaktion hier nur mit großer Vorsicht zu verwerten.
4. Der wiederholte negative Ausfall der Probe hingegen läßt eine aktive Tuberkulose — abgesehen von den erwähnten Ausnahmen — im allgemeinen ausschließen.
5. Für die Prophylaxe der Tuberkulose (im klinischen Sinne) ist die Pirquetsche Reaktion von großem Wert, z. B. bei Schulkindern, weil sie uns ev. auf die Infektionsquelle in der Familie hinweist. (Autoreferat.)

Diskussion: Veit: Wenn ich auch kein Spezialist für diese Frage bin, so erbitte ich doch für wenige Minuten Ihr Gehör, weil ich, bei dieser Frage für die Geburtshilfe sehr erheblich interessiert, mich vorigen Freitag zu einer Versammlung der Berl. Ges. f. Geb. und Gyn. begeben hatte und dort nach einem Vortrag von Wolff-Eisner und weiteren Vorträgen von Geburtshelfern über recht erhebliche Eingriffe wegen dieser Komplikation sowohl von Kaminer, wie ganz besonders von Kraus' Ansichten gehört habe, welche mit den eben gehörten sich in einer mir sehr erfreulichen Übereinstimmung befinden: Kraus warnte davor, aus der Reaktion der Haut oder der Schleimhaut praktische Schlüsse für eine eingreifende Therapie zu ziehen. Diese Reaktionen zeigen nicht an, daß es sich um eine Krankheit handelt, gegen die man einschreiten muß, sondern sind für allerhand wissenschaftliche Fragen von größtem Interesse. Aber die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen positiver Reaktion erscheint Kraus nicht erlaubt — dazu gehört mehr und ebenso wird es hier sein; wegen des positiven Ausfalles der Reaktion darf man nicht etwa daran denken wollen, alle diese Kinder in Sanatorien schicken zu wollen. Das klinische Krankheitsbild der Tuberkulose bleibt das wichtige, nicht die Reaktion. Es ist mir vielleicht erlaubt an die Diskussion zu erinnern, die wir hier in unserem Verein hatten, als ich hervorgehoben hatte, daß man bei positivem Ausfall der hämolytischen Reaktion der Streptokokken einen Fall von Kindbettfieber für verdächtig auf Übertragbarkeit anzusehen habe und damit die Anzeigepflicht begründete. Als dann Kollege Kathe den Versuch machte, aus der Hämolyse auch die Prognose eines Falles zu stellen, zeigte es sich, daß er zu weit gegangen war. Die ganze Hämolyse war in Gefahr in Mißkredit zu kommen für die Strepto-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kokken. Das klinische Bild ist für wichtige Behandlungsmethoden entscheidend; diese Reaktionen sind vorläufig von großer theoretischer, aber allein noch nicht von praktischer Bedeutung.

Menzer: Die Pirquetsche Reaktion ist von mir im Laufe der letzten Jahre an einigen Hundert von Soldaten ausgeführt worden, indem ich teils tuberkulöse, teils tuberkuloseverdächtige, teils völlig gesunde Leute geimpft habe. Ich kann auf Grund meiner Erfahrungen sagen, daß etwa bei 70—80% die Impfung positiv ausfiel, wenn alle Grade der Reaktion und darunter auch die einfache geringe Hyperämie um die Impfstellen von 1—2tägiger Dauer zusammengefaßt werden. Im allgemeinen kann ich sagen, daß bei der Mehrzahl der gesund aussehenden, muskelstraffen und gut genährten Leute keinerlei Reizerscheinungen auftraten, nicht selten blieben diese auch bei schwächlichen Mannschaften aus, bei denen eine positive Reaktion eher erwartet werden konnte, andererseits boten scheinbar völlig gesunde einen deutlichen Pirquet dar, und bei fortgeschrittenen Tuberkulosefällen war die Reaktion zuweilen negativ oder ganz unbedeutend. Ich kann also die allgemeine Erfahrung bestätigen, daß bei Erwachsenen aus dem Ausfall der Pirquetschen Reaktion nur im Zusammenhang mit der gesamten klinischen Beobachtung Schlüsse gezogen werden dürfen, wie der Vortragende dies schon betont hat. Das möchte ich aber hervorheben, daß nach meinen Beobachtungen eine wirklich starke positive Pirquetreaktion, welche mit derber Infiltration der Umgebung der Impfstelle oder mit weitgehender Rötung einhergeht und nur langsam verschwindet, als bedeutungsvoll anzusehen ist und zu einer besonders eingehenden Krankenuntersuchung auffordert. In solchen Fällen konnte ich fast stets mit kleinen Mengen, wie $^2/_{10}$ mg Tuberkulin subkutan, eine starke Allgemeinreaktion erzeugen, nicht selten trat dann Infiltration einer Spitze mit Rasselgeräuschen deutlich hervor oder aber die Kranken litten an vasomotorischen Störungen, Herzinsuffizienz, ständiger Pulsbeschleunigung, allgemeiner Neurasthenie u. dgl., und ihre Krankheitssymptome konnten als tuberkulotoxische gedeutet werden, eine Ansicht, die vielfach ihre Bestätigung durch den Erfolg einer systematischen Tuberkulinkur fand.

Wie ich so einer stark positiven, einen besonderen Herd der Allergie anzeigenden Pirquetreaktion eine nicht unerhebliche diagnostische Bedeutung bei Erwachsenen beimessen möchte, so halte ich auch in prognostischer Beziehung die Prüfung der örtlichen Tuberkulinempfindlichkeit für bedeutsam, indem ich eine deutlich positive Pirquetreaktion bei sicher tuberkulösen Menschen als ein mehr günstiges und eine sehr schwache oder negative Reaktion bei solchen Kranken als ein mehr ungünstiges Symptom, natürlich unter Beachtung des gesamten klinischen Befundes, mit zu verwerten geneigt bin.

Mohr: In der Frage der Lokalisation, der Art der Erkrankung der Prognose und des Heilverfahrens versagt die Pirquetsche Tuberkulinreaktion vollkommen. In dieser Hinsicht ist man nach wie vor auf die Ergebnisse der klinischen Untersuchungsmethoden mit Einschluß des Röntgenverfahrens angewiesen. Ja man kann sogar sagen, daß bei zweifelhaften physikalischen Befunden die Pirquetsche Reaktion bei Kindern und bei Erwachsenen irreführen kann, da sie unter Umständen den falschen Verdacht auf eine tuberkulöse Lungenerkrankung bestärken kann. Ob die Behauptung von Wolff-Eisner richtig ist, daß die Pirquetsche Reaktion überhaupt nur inaktive, die Ophthalmoreaktion aber die aktive Tuberkulose anzeigt, lasse ich dahingestellt. Die Gefahr, die mit der diagnostischen Verwertung der Pirquetreaktion verbunden sein kann, liegt insbesondere im Kindesalter vor, wo abnorme Perkussions- und Auskultationsbefunde auch bei völlig gesunden Lungenspitzen außerordentlich häufig sind (enge obere Thoraxapertur, Assymetrie der oberen Thoraxapertur, Skoliose der Halswirbelsäule, Anomalien der Knochen und Muskeln des Schultergürtels usw.) und die Diagnose der Lokalisation der Tuberkulose in den Spitzen außerordentlich schwierig ist. Die Verantwortung, welche der Arzt hier trägt, ist groß. Bedenkt man die Häufigkeit des positiven Ausfalls der kutanen Tuberkulinimpfung im Kindesalter, so erkennt man ohne weiteres, wie trügerisch ihre Verwendung gerade in diesen Fällen ist und wie verkehrt es ist, sie in uneingeschränktem Maße im diagnostischen Kalkül zu verwerten. Auf Grund unserer täglichen zahlreichen Erfahrungen in der Poliklinik muß ich behaupten, daß in solchen Fällen der klinische Befund und die sorgfältige Beobachtung Aufklärung über Diagnose und Therapie geben kann. Es zeigt sich auch hier, daß die feinsten und wissenschaftlich noch so

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wertvollen biologischen Reaktionen die ärztliche Krankenbeobachtung niemals ersetzen können und daß die Vernachlässigung dieser Tatsache für das kranke Individuum und im Falle der Tuberkulose für die Gesamtheit schwerwiegende Nachteile haben kann.

Peters: Ich kann mich auf Grund meiner an über 600 Schulkindern gemachten Erfahrungen über die Pirquetsche Reaktion den Leitsätzen des Vortr. vollkommen anschließen. Ich fand in 60% der Fälle positive Reaktion, zum Teil auch bei Kindern, die durchaus kräftig und klinisch auch sonst unverdächtig waren, bei denen aber die Eltern aus irgend einem Grunde, z. B. wegen der Berufswahl oder wegen tuberkulöser Erkrankungen in der Familie die Anstellung der Reaktion wünschten.

Insbesondere kann die positive Reaktion auch bei der Begutachtung für Heilstätten u. dgl. nur sehr vorsichtig verwertet werden.

Desgleichen stimme ich der Ansicht zu, daß die klinische Diagnose der Lungentuberkulose mittels der physikalischen Untersuchung bei Schulkindern nur sehr schwierig und mit großer Vorsicht zu stellen ist.

Igersheimer: Von den 24 Sektionen an Pirquet-positiven Kindern, über die Feer berichtet, fand sich neuerdings 2 mal keine Tuberkulose. Feer selbst ist aber der Ansicht, daß sehr gut ein versteckter, kleiner Herd dabei übersehen worden sein kann.

Der positive Ausfall der Kutanreaktion leistet uns in der Ophthalmologie zur Bestimmung der Genese und Therapie der Phlyktänen bei kleinen Kindern zweifellos große Dienste, besonders dann, wenn die Phlyktäne das einzige Symptom einer bestehenden Skrophulotuberkulose ist. Gerade für diese Fälle und dann auch für symptomlose, Pirquet-positive Kinder, die ein manifest tuberkulöses Familienmitglied (auch wenn bei diesem keine offene Tuberkulose besteht) besitzen, scheint mir eine frühzeitige Unterbringung in Walderholungsstätten usw. eventuell kombiniert mit einer Tuberkulinkur sehr angebracht.

Blümel (Schlußwort): Veit danke ich für seine Zustimmung. — Menzer möchte ich erwidern, daß ich die Bedeutung der Beschaffenheit des Pirquet für die Prognose einer bestehenden Tuberkulose nicht in den Betracht meines Vortrages gezogen habe, um nicht zu sehr von meinem Thema, der diagnostischen Bedeutung der Reaktion, abzukommen. Im übrigen stimme ich den von ihm hier vertretenen Ansichten im großen und ganzen bei. — Zwischen Mohr und mir herrscht ja Übereinstimmung in der Frage, besonders bezüglich der Unmöglichkeit, die Pirquetsche Impfung allein über die Behandlungsbedürftigkeit einer Tuberkulose entscheiden zu lassen. Hier müssen klinische Untersuchung und Beobachtung entscheiden, wie auch über die Lokalisation der Krankheit, über die der Pirquet ja nicht orientiert. — Igersheimer möchte ich antworten, daß es sich bei solchen Kindern demnach um Verdacht auf Tuberkulose handelt. Für diese Fälle schlug ich eine entsprechende Beobachtung vor; sobald sich dann klinische Anzeichen finden, geschieht die Heilstättenbehandlung ja noch früh genug.

IV. Therapeutische Notizen.

Hydrarg. cyanat. bei Keuchhusten empfiehlt Dr. W. Münch (Frankfurt a. M.), und zwar in 1%iger Lösung. Säuglinge erhalten zweistündlich 3, ältere Kinder 5—10 Tropfen davon. Was die übrige Behandlung anbelangt, so hebt M. hervor: Jede Nacht wird in nächster Nähe des Pat. eine Naphthalinkugel, die auf einem durch ein Nachtlicht erwärmten Metallschälchen liegt, verdampft; während jedes Anfalles wird der Unterleib so lange massiert, bis die gespannte Bauchmuskulatur erschlafft; um Komplikationen von seiten der Lunge zu verhüten, werden die Pat. täglich 5 Minuten in 37° warmem Wasser gebadet, dann so lange frottiert, bis der Körper krebsrot ist, worauf eine Rückenübergießung von 18° mit anschließender Trockenfrottage erfolgt; da häufig Milch nicht vertragen wird, gebe man teelöffelweise kräftige Taubenbrühe von alten Tauben mit Salz und etwas Hafer gekocht, zwischendurch Eichelkaffee ohne Milch mit etwas Arak.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1910. Nr. 23.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sabromin bei Chorea hat Dr. D. J. Macht (Baltimore) in einem schweren Falle bei einem 12jährigen Mädchen mit ausgezeichneten Erfolge angewandt. Schon nach einigen Tagen, nachdem er 0,35 g Sabromin viermal täglich dargereicht hatte, wurde die Patientin ruhiger und die Bewegungen seltener. Am Ende einer Woche konnte man schon eine bedeutende Besserung erkennen. M. ging dann bis auf dreimal täglich 0,35 g herunter. Am Ende der zweiten Woche hörten die choreatischen Zuckungen auf, und nach drei Wochen konnte die Patientin schon als gesund im Hause herumgehen. Kleine Mengen von Sabromin hat M. etwas länger fortgegeben und daneben auch ein Tonicum gereicht. M. möchte hinzusetzen, daß er keine unangenehmen Nebenerscheinungen vom Sabromin bemerkt hat. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 49.)

Salbenfleckenverband am Auge. Darüber schreibt Primärarzt Dr. Zirm (Olmütz): Speziell bei den schweren skrofulösen Hornhautinfiltraten jugendlicher Personen verwende ich meinen Salbenfleckverband. Ein brillenglasgroßes Stück Leinwand mit gelber Präzipitatsalbe bestrichen, aufs geschlossene Auge gelegt, darüber Watte und Binde. In Dutzenden von Fällen habe ich ihn als ultimum refugium bei solchen progressiven Eiterprozessen der Cornea angewendet und sehr oft geradezu einen überraschenden Heilerfolg erzielt, wo alles andere im Stich gelassen hatte. Wie diese Wirkung zustande kommt, ist nicht völlig klar; es ist wahrscheinlich, daß eine spezifische Wirkung der Salbe auf den Kornealprozeß in dieser Form der Anwendung zu besonderer Geltung kommt.
(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene d. Auges, 5. I. 1911.)

Soxhlets Eisen-Nährzucker-Kakao und Eisen-Nährzucker hat Dr. A. Baur (Schw. Gmünd) eingehend bei Kindern geprüft und diese Präparate sehr wirksam befunden, wie er in der „Gesundheitswarte", Jahrg. VIII, Heft 10/11 mitteilt. Die Verdauung war stets in Ordnung, wenn auch dann und wann, namentlich nach der Aufnahme von Eisennährzuckerkakao etwas Verstopfung eintrat. Der Appetit erfuhr nie eine nachteilige Beeinflussung. Die sichtbaren Zeichen der Blutarmut gingen allmählich zurück. Das Aussehen der Kinder wurde mit der Zeit ein lebhafteres, frischeres, gesünderes, der allgemeine Ernährungszustand besserte sich in erfreulicher Weise. Das Präparat erwies sich nicht allein als vorzügliches Kräftigungsmittel, sondern auch als ein nützliches und wirksames Arzneimittel, als Blutbildungsmittel, das bei allen Kindern, denen es an der Ernährung fehlte, gut anschlug. Besonders hervorzuheben war das Resultat bei einem Kinde mit schweren Magendarmstörungen, das nach Einnahme des Eisennährzuckerkakaos nicht Not litt, vielmehr unter seinem Einfluß genesen ist.

Beitrag zur Keuchhustentherapie. Dr. F. Koser (Weißensee) hat mit Vorteil Pnigodin angewandt. Pnigodin ist ein Pflanzenextrakt, das besteht aus Malzextrakt, Sambucus niger, Zimtsäure, ätherischen Ölen und einem gerbstoffhaltigen Glykosid (Pnigodin). Ob bei der Wirkung auf den Keuchhusten die ätherischen Öle oder das Glykosid in Betracht kommt, muß K. dahingestellt sein lassen.

Dieses Mittel ist absolut unschädlich und wird von den Kindern sehr gerne genommen, Säuglingen kann man es in der Flasche geben. Nach einer Verordnung auf den einzelnen Flaschen soll man geben: Säuglingen vierstündlich 1 Teelöffel voll, Kindern von 2—5 Jahren zweistündlich 1 Kinderlöffel, älteren Kindern und Erwachsenen zweistündlich 1 Eßlöffel voll. Nach K.s Erfahrungen ist diese angeführte Dosis in vielen Fällen zu gering, namentlich dann, wenn es sich um sehr heftige Erkrankungen handelt. Er hat Kindern stündlich 1—2 Eßlöffel voll verordnet, wenigstens in den ersten 2—3 Tagen, von da ab weniger und er muß sagen, er ist jedesmal von dem Erfolge überrascht gewesen. Im übrigen hält K. es für ratsam, die erkrankten Kinder zu Hause zu halten und für gute Lüftung der Zimmer Sorge zu tragen und, wenn irgend angängig, Zwei-Zimmerbehandlung anzuwenden. (Klinisch-therap. Wochenschrift 1911. Nr. 14.)

Das neue Heilmittel Pnigodin hat auch Dr. Baur (Schw.-Gmünd) mit bestem Erfolg bei Keuchhusten und Bronchitiden benutzt. Alle 12 Fälle von Pertussis wurden rasch gebessert. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1911. Nr. 19.)

Behandlung des Keuchhustens mit Eulatin. Dr. R. Weissmann (Lindenfels) hat 10 Fällen mit Eulatin, das bekanntlich aus Amidobenzoesäure, Brombenzoesäure und Antipyrin besteht (Chem. Institut Dr. Oestreicher, Berlin W. 30), behandelt und faßt dessen Wirkung dahin zusammen, daß:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. das Eulatin um so schneller und auffälliger seine Wirkung entfaltet, je früher es angewendet wird;

2. das Eulatin keinerlei unangenehme Nebenwirkung zeigt;

3. die Anfälle nach Zahl, Dauer und Heftigkeit sehr bald nachlassen;

4. der krampfhafte Charakter des Hustens, der wohl hauptsächlich die Schuld an dem häufig auftretenden Erbrechen trägt, sehr bald einem sehr lockeren Husten Platz macht. Damit läßt auch die Brechneigung nach. — Die Anwendung des Eulatins ist eine einfache. Es kommt in Originalröhrchen mit 20 Tabletten in den Handel. Jede Tablette enthält 0,25 g Eulatin. Kindern verabreicht man alle 2—4 Stunden, je nach der Heftigkeit und Zahl der Anfälle, 1 Tablette in warmer Flüssigkeit oder in Brei. Man kann das Mittel aber auch in Pulverform verordnen und ebenso wie die Tabletten geben. Schließlich ist noch eine Schüttelmixtur angegeben:

Rp. Eulatini 3,0
Aq. laurocerasi 2,5
Sir. simpl. 10,0
Aq. dest. ad 100,0.

Von dieser Mixtur soll zweistündlich 1 Kinderlöffel gegeben werden. Bei Erwachsenen soll man die Dosis verdoppeln. W. hat das Mittel nur bei Kindern angewendet und sich auf die Darreichung in Form der Tabletten beschränkt.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1911. Nr. 17.)

Vulvovaginitis kleiner Mädchen behandelt Th. Perrin (Lausanne) mit Protargol.

Rp. Protargol 5,0
Aq. dest. 8,0
Glyzerin ad 50,0.

Bei Urethritis wird die kleine Patientin zum Urinieren veranlaßt. Sofort nachher wird ein möglichst dünner Tubus in die Harnröhre eingeschoben. Durch diesen wird ein mit obiger Lösung getränkter Wattepfropf auf einem dünnen Watteträger 3—4 cm lang fest aufgewickelt eingeschoben. Der Tubus wird entfernt, indem er über den Wattepfropf und dessen Träger gleitet. Der Medikamententräger wird einige Minuten liegen gelassen. Bei weniger akuten Fällen genügen auch Pinselungen mit kleiner, gerader Salbenspritze nach Tommasoli. Zur Behandlung des Zervikalkatarrhs wird das Orificium vaginale im Urethroskop eingestellt, reingetupft und sodann mit dünnem Watteträger ein mit Protargolglyzerin getränkter Wattepfropf in den Zervikalkanal eingeführt und für einige Minuten liegen gelassen. Inzwischen wird selbstverständlich die nunmehr unnötig gewordene Lichtquelle entfernt. Der im Zervikalkanal liegen gelassene kleine Tampon wird sodann herausgenommen und zur Behandlung der Vaginitis der Tubus liegen gelassen. Ein Watteträger, armiert mit einem getränkten Wattepfropf (so dick, wie ihn das Kaliber des Tubus gestattet), wird nun eingeführt und dazu benutzt, unter langsamem Herausziehen des Tubus die Vaginalwände nach allen Richtungen sorgfältig zu pinseln. Bei Fällen mit tieferen Erosionen der Vaginalschleimhaut kann auch ein dünner Gazestreifen, mit Protargolglyzerin getränkt, mittels des Tubus zur Tamponade der Scheide dienen und auf einige Stunden liegen bleiben. Die Vulva wird inzwischen zu Hause so behandelt, daß dem Kinde drei- bis viermal täglich auf einige Minuten eine Kompresse von 1%iger Protargollösung aufgelegt wird, die das Kind durch Schließen der Schenkel fixiert.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1910. Nr. 52.)

Über Applikation von Wasserstoffsuperoxyd in Salbenform schreibt Dr. B. Sylla (Bremen): Das Pergenol hat sich mir bei seiner Verwendung in der Augenheilkunde vollkommen als gutes Wasserstoffsuperoxydpräparat bewährt, wenngleich hier natürlich seine Indikation nur beschränkt ist. Es hat vor anderen ähnlichen Präparaten den Vorzug, daß es als festes Medikament zu jeder Zeit in kleinen Mengen in der Sprechstunde frisch in den für seine Verwendung nötigen flüssigen Zustand übergeführt werden kann — ich löse 2—4 Tabletten à 0,50 auf etwa 10 ccm Wasser, erhalte also eine $1^1/_5$- bis $2^2/_5$%ige Wasserstoffsuperoxydlösung — und daß es auch, worauf ich schon seit längerer Zeit fahndete, Gelegenheit bietet, das Wasserstoffsuperoxyd in Verbindung mit Salbenkonstituentien zur Applikation zu bringen. Ich wünschte mir zur Beeinflussung des Lidrand- und Gesichtsekzems sowie zur Behandlung von chronischen Nasenerkrankungen (besonders skrofulösen Rhinitiden) eine Wasserstoffsuperoxydsalbe, welche nicht nur reinigte, sondern

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch einen die Heilung begünstigenden Einfluß ausübte. Ich suchte, da dieses durchaus notwendig war, als Salbenkonstituens eine möglichst wasserfreie Grundlage und wählte zu diesem Zweck Adeps lanae anhydr. und das reine amerikanische Vaselin (Cheseborough). Von den mit diesen Grundlagen zubereiteten Pergenolsalben fand die Wollfettsalbe nicht im mindesten meinen Beifall, während die Vaselinsalbe weich, geschmeidig, dünnflüssig, meinen Zwecken vollkommen entsprach und, wie eine zufällig mehrere (etwa fünf) Monate hindurch aufbewahrte Salbe zeigte, sich auch hielt und nicht im mindesten ihre Eigenschaften verloren hatte. Bei der Darstellung dieser Salben darf der Apotheker natürlich das Pergenol nicht in der üblichen Weise mit Wasser anreiben, da sonst der Zweck illusorisch wäre. Es empfielt sich deshalb der Zusatz beim Rezept: ne addatur aqua! Ich gebrauchte für meine Zwecke hauptsächlich die 10%ige und 20%ige Salbe (% bezieht sich auf Pergenol), entsprechend $1^1/_5$ und $2^2/_5$% H_2O_2. Ihre Anwendung auf den Lidrändern bei Blepharitis ekzematosa zur Entfernung der in den Zilien sich festsetzenden Krusten verursachte meist nur geringes Schmerzgefühl seitens der Konjunktiva, reinigte, wenn man die Salbe aufgestrichen mehrere Minuten an der Applikationsstelle sitzen ließ und sie dann mit Watte oder Gaze entfernte, die Zilien und die wunden Stellen sehr gut, so daß man jetzt bequem zur Applikation der sonstigen durch das Leiden bedingten Heilmittel übergehen konnte. Das Gesichtsekzem wurde ebenfalls günstig beeinflußt. Als Nasensalbe bei skrofulösen Rhinitiden bewährte sie sich mir nur bei älteren Kindern, kleinere unter 4—5 Jahren bekamen meist nach der Anwendung, d. h. dem Hineinstreichen in die Nase, Durchfall, wohl bedingt durch die Einwirkung der Tartratkomponente auf den Darm; jedoch hörten diese Erscheinungen wieder sehr schnell auf. Unter Umständen kann ja diese unbeabsichtigte Reinigung des Darmes bei skrofulösen Kindern mit ihrer habituellen Stuhlverstopfung ganz brauchbar sein. Die Salbe scheint mir eine sehr gute Reinigung des Nasenrachendachs, speziell der adenoiden Vegetationen zu bewirken, da sie, überall hinfließend, einen wohl zeitlich etwas länger dauernden Einfluß auf die Schleimhaut auszuüben vermag als die entsprechende Wasserstoffsuperoxydlösung. Die Nase selbst reinigt sich nach der Applikation sehr gut, Schmerz wird nicht empfunden, der Geschmack ist freilich etwas fade. Auch von Kollegen, die auf meine Veranlassung mit der Salbe Versuche anstellten, wurden mir günstige Resultate mitgeteilt. Es wurde mir zunächst bestätigt, daß von der Wollfettsalbe abgesehen werden müßte, sie wäre, wie auch ich es beanstandete, zu krümelig. Die Vaselinsalbe wurde mit großem Erfolge bei Ozäna als Einlage angewandt, und ebenso nach Nasenoperationen zur schnelleren Wundreinigung, in der Ohrenheilkunde bei leichten Gehörgangsekzemen, bei Furunkulose des Gehörgangs, ferner bei Operationen am Ohr nach dem ersten und zweiten Verbandwechsel. Es wird dadurch die Wundreinigung beschleunigt. Jedoch muß hierbei nicht zuviel ins Ohr, wenigstens nicht mit Gaze, gebracht werden, da es sonst zu einer Sprengung der Wundränder kommen kann. (Dr. Schaeffer-Bremen.) Von anderer Seite wurden bei Tuberkulose des Ohres nach Anwendung der Pergenolsalbe besonders gute Erfolge gesehen (Dr. Winckler-Bremen).

(Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 14.)

V. Neue Bücher.

Dannemann, Schober und Schultze. **Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik.** Lieferung 6 u. 7. Verlag von Marhold, Halle a. S.

Das 6. und 7. Heft bringt unter anderem interessante Aufsätze über Neurasthenie aus der Feder des Psychiaters Hellpach, über geschlechtliche Perversitäten bei Schwachsinnigen (Sadismus, Masochismus usw.) von Kötscher, über Physiognomik von Uffenheimer. Eine interessante Darstellung der Wechselbeziehungen zwischen Psychiatrie und Pädagogik bringt Strohmeyer. Der bekannte Psychiater und Philosoph Störring in Zürich bringt eine kurze instruktive Übersicht über Psychopathologie. Für den Hilfschulpädagogen ist ein umfassen-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Artikel über den Rechenunterricht der Schwachsinnigen von Ziegler sehr lesenswert. Den Kinderarzt interessiert besonders die pädagogisch-psychologische Seite des Rechnens der Schwachbefähigten von Rauschberg. Kirmse bringt dem Leser wieder eine Fülle von biographischen Notizen über hervorragende Persönlichkeiten, die sich um das Schwachsinnigenfürsorgewesen verdient gemacht haben. Ein glänzend geschriebenes Übersichtsreferat über die Einrichtung eines psychologischen Laboratoriums im Anschluß an Hilfsschulen von Rauschburg ist in hohem Grade des Studiums wert. Das enzyklopädische Handbuch ist unterdessen abgeschlossen, und wir werden eine allgemeine Würdigung des Gesamtwerkes in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift bringen.

A. Feuchtwanger.

A. Wreschner. **Das Gedächtnis im Lichte des Experiments.** 2. Auflage. Verlag Art. Institut Orell Füssli, Zürich. Preis 1 Mk.

Wer sich einen Überblick über eines der bestfundierten Kapitel der experimentellen Physiologie über das Gedächtnis verschaffen will, dem sei vorliegende kleine Schrift empfohlen. Es existiert eine weitverzweigte, zerstreute Literatur über dieses interessante Kapitel, so daß dem Kinderarzt, der pädagogisch und psychologisch interessiert ist, eine kurze Zusammenstellung der grundlegenden Gedächtnisarbeiten, die W. am Schlusse namhaft macht, sehr willkommen sein dürfte.

A. Feuchtwanger.

VI. Monats-Chronik.

Berlin. Der Magistrat hat die endgültigen Entwürfe und Kostenanschläge für die Erweiterungsanlagen des **Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses** genehmigt. Es sollen zwei Pavillons für Haut- und Geschlechtskranke neu errichtet und der Masern- und Diphtheriepavillon umgebaut werden.

— Habilitiert: Dr. Noeggerath für Kinderheilkunde.

Charlottenburg. Die höhere Waldschule wird vom 8. Juli bis 14. August als **Tagesferienkolonie** eingerichtet. Näheres durch Direktor Dr. Gropp, Schloßstr. 27 und Lehrer Pilzuhn, Holtzendorffstr. 13.

Wilmersdorf. Eine **Schulzahnklinik** ist am 21. Mai eröffnet worden.

Dresden. Der Rat hat 25000 Mk. für **Stillprämien** für 1911 bewilligt.

Frankfurt a. M. Geh. San.-Rat Dr. H. Rehn, der Senior der deutschen Kinderärzte, ein Bruder des bekannten Chirurgen, feierte am 20. Mai seinen 80. Geburtstag.

Leipzig. Dr. K. Hennig, Geh. Med.-Rat, a. o. Prof. der Geburtshilfe und Pädiatrie, 86 Jahre alt, gestorben.

— Hauptlehrer Fr. Frenzel hat in Verbindung mit dem Verlag Scheffer eine **Heilpädagogische Auskunftsstelle** errichtet.

Ludwigshafen a. Rh. Der Stadtrat beschloß, das System der Schulärzte im Nebenamte aufzugeben und zum System der **Schulärzte im Hauptamte** überzugehen. Für den 15000 Schulkinder umfassenden Volksschulkörper wird zunächst ein Schularzt im Hauptamte (Stadtarzt) aufgestellt mit einem Gehalt von 6000 Mk., steigend alle Jahre um 500 Mk. bis 8500 Mk.

Wien. Der Ausschuß des Kaiserjubiläumsfonds für Kinderschutz und Jugendfürsorge hat beschlossen, sich als **Österreichisches Aktionskomitee für den III. Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz** zu konstituieren. Zuschriften an das Präsidium, Wien I, Herrengasse 7.

Upsala. Dr. G. Forssner (Stockholm) ist zum Professor der Kinderheilkunde ernannt.

Bern. Dr. Döbeli hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2)
Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.**
Elberfeld u. Leverkusen b. Mülheim a./Rh.

Tannigen

Antidiarrhoicum

Prompt wirkend bei chronischer und akuter Enteritis, speziell auch der Kinder.

Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit und die Verdauung nicht beeinträchtigend.

Dos.: 0,25—0,5 g 3—5 mal tägl. z. n.
Rp. Tannigen-Tabletten à 0,5 g Nr. X
nur in **Orig.-Packg. Bayer** garantiert haltbar.

Dürkheimer Maxquelle

Stärkste Arsenquelle Deutschlands
(Arsengeh. 17,4 mgr. As_2O_3 i. l.)
Bestbekömmlichstes aller Arsenwässer von frappanter Heilwirkung.
In der Kinderpraxis außerordentlich gut bewährt.
Das Wasser wird gerne genommen und gut vertragen.
Probequantum, Literatur, Prospekte und Trinkschemata den Herren Ärzten unentgeltlich und franko.
Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Wiesbaden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie.

Von

Dr. Ernst Runge

Assistent an der Universitäts-Frauenklinik der Königl. Charité zu Berlin.

8°. 164 Seiten. 1908. M. 4.25.

Münchener medizinische Wochenschrift. . . .Jeder, der das Werk liest, wird erstaunt sein über die Masse des Materials, welches der Verfasser sammeln konnte: überall, wo ihm eigene Beobachtungen — Verfasser ist Assistent der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité in Berlin — zu Gebote standen, sind diese eingefügt. Die Darstellung ist — bis auf die neueste Zeit vollständig — knapp und klar, das Werk füllt eine fühlbare Lücke der gynäkologischen Literatur aus und wird jedem Gynäkologen ein wichtiges Nachschlagebuch werden. Die Ausstattung ist gut.

„Tussiculin“ Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung außerlich.“

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fortsetzung des Inhaltes von Seite III. Seite

G. D. Christina, Ist es unschädlich, in Fällen von Stauung im kleinen Kreislauf den rechten Ventrikel durch Punktion zu entlasten? . . . 280
A. Jovane und R. Vaglio, Tetanie und Nebenschilddrüseninsuffizienz . . 280
L. Alexandroff, Die Steinkrankheit der Blase bei Mädchen und die Besonderheiten derselben 280

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 281
Berliner orthopädische Gesellschaft 282
Verein der Ärzte in Halle a. S. 283

IV. Therapeutische Notizen. — V. Neue Bücher. VI. Monats-Chronik.

Blutbildendes Kräftigungs- und Nährmittel!

Nettelbeck's Braunschweiger MUMME

Ältestes Malzpräparat — alkoholfreier flüssiger Malzextrakt.

Ein hervorragendes diätisches **Nähr-** und **Stärkungsmittel** für alle Leidenden, besonders für **blutarme** schwächliche Personen und **Kinder vom Säuglingsalter** an. **Wöchnerinnen** gibt die Mumme reiche Nahrung.
49,02% Maltose, 3,69% Eiweißstoff, 0,50% Phosphorsäure.

Wird wegen des angenehmen würzigen Malzgeschmackes sehr gern genommen und ist sehr bekömmlich. Unentbehrlich in der Kinderpraxis in allen Fällen, in denen keine natürliche Ernährung stattfindet.

Den Herren Ärzten Prospekte und Proben gratis und franko.

Man verlange stets Marke **H. C. F.**

Braunschweiger Mumme-Brauerei H. C. F. Nettelbeck, Ges. m. b. H.
Braunschweig, Beckenwerker Str. 26.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Lehrbuch
der
organischen Chemie für Mediziner

von

Prof. Dr. chem. et med. **G. v. Bunge,** Basel.

gr. 8°. 274 Seiten. 1906. Brosch. M. 7.—; geb. M. 8.25.

Münchener medizinische Wochenschrift: Bunge beschränkt sich durchaus nicht auf die für den Mediziner wichtigsten Kapitel, sondern er bringt eine Einführung in die organische Chemie ganz allgemeiner Art, und über die Hälfte des ganzen Buches gilt den Grundtatsachen der organischen Chemie, welche ebensogut für einen Kandidaten der Naturwissenschaften, als wie für einen solchen der Medizin geschrieben sein könnten. Gerade in diesen allgemeinen Kapiteln offenbart sich Bunges Darstellungsvermögen auf das Glänzendste.

Die aus früheren Werken bekannten Vorzüge der Bungeschen Darstellungsweise verleihen dem vorliegenden Werke einen eigenartigen Reiz. Das Buch ist fesselnd geschrieben von Anfang an bis zu Ende und der Leser entschließt sich nur schwer, es aus der Hand zu legen.

Wir wünschen Bunges Lehrbuch der organischen Chemie die weiteste Verbreitung, und zwar nicht bloß bei den Schülern, sondern auch bei den Lehrern der Medizin, welche daraus bei der Vorbereitung für ihre Vorlesungen lernen können, auf welchem Wege das Verständnis der chemischen Vorgänge am besten erweckt werden kann.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke, E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**
Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

Dr. Walther Koch's „PRÄVALIDIN"

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung :: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende Wirkung. Jahresversand 1910: 29100 Tuben.** Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. O. Opels Kinder-Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel

Bessert die Ernährung, speziell indiziert bei **Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen** und **Skrofulose.**

à Pfund M. 1.30.

Kinderbiskuit „Heima"

Blut- und knochenbildend.

Für die ersten Kauversuche. Indiziert bei **allen Arten von Unterernährung, Blutarmut** und **englischer Krankheit.**

à Pack M. 0,30.

Literatur und Proben gern zu Diensten.

Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,

Berlin SW. 48

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

München, Dr. Pfeuffer's Hämoglobin.

München, den 10. Juli 1884.

Die k. Untersuchunganstalt bezeugt, daß die von Herrn Dr. Pfeuffer bereiteten und anher zur chemischen Untersuchung überschickten Hämoglobin-Pastillen im Durchschnitt 1,3 Gramm Hämoglobin (natürliches Eiseneiweiß) enthielten, und daß dieselben frei sind von für die Ernährung ungeeigneten Bestandteilen, wie solche im gewöhnlichen Blute als Exkretionsstoffe (Auswurfstoffe) vorhanden sind. Obige Untersuchung bestätigt:

Dr. Rudolf Emmerich, Prof. an der Universität München.
Dr. Max von Pettenkofer, Geheimrat, kgl. Prof. an der Univ. München.

Preis: **Hämoglobin-Extrakt-Syrup** ein Topf M. 1.60.
Hämoglobinzellchen M. 1.60 oder M. 3.—, ausreichend für 3 Wochen.

Ludwigs-Apotheke in München. — Erhältlich in Apotheken.

Nestle's Kindermehl

G. m. b. H.

Berlin W. 57

erlaubt sich, den Herren Ärzten

Gratisproben

des veränderten

Nestlemehles

anzubieten.

Wichtig für die Herren Ärzte!

60 % lösliche Kohlenhydrate enthält

Kaiser's sterilisiertes Kindermehl

(höchster Prozentsatz der gebräuchlichsten Kindernahrungen)

Preis per 1/2 Ko.-Dose M. 1.25.

Infolge dieser Vollkommenheit bewährt es sich nach Aussage vieler Ärzte stets bei Brechdurchfall, Darmkatarrh und Diarrhoe. Für gesunde und kranke Kinder leichtverdaulichster und nahrhafter Zusatz zur Milch.

Ärztliche Literatur und Proben gratis.

DIASANA nach Dr. Ferd. Keppler, leichtverdaulichstes Nähr- und Kräftigungsmittel. Ersatz für Ochsenfleisch, besitzt mehr als 1 1/2 fache Nährkraft. Diasana bewirkt bei stillenden Müttern reiche und gesunde Milchbildung. Diasana sollte an keinem Krankenbette fehlen. Es kann für sich allein genossen, oder jeder Speise und allen Getränken beigesetzt werden. — Ärztliche Literatur und Proben gratis. — Preis 1/2 Ko.-Dose M. 1.70.

Fr. Kaiser, Waiblingen-Stuttgart.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bioferrin

nach Professor Dr. Siegert.

Haemoglobin-Eiweisspräparat.

Vorzüglich wirksam bei allen auf **Anämie** beruhenden Krankheitszuständen. Bioferrin besitzt infolge seiner auf wissenschaftlicher Grundlage beruhenden Darstellungsweise auf kaltem Wege den **Maximalgehalt der wirksamen Katalase sowie alle wertvollen Bestandteile des arteriellen Blutes in unveränderter Form.** Wohlschmeckend, appetitanregend, leicht verdaulich. Dauernde bakteriolog. und ärztliche Kontrolle durch *Prof. Dr. Siegert* verbürgt stets gleichmäßige Qualität und **Freisein von pathogenen Bakterien.**

— Preis per Original-Flasche M. 2.40. —

Bismutose

Vollkommen ungiftige Wismuteiweissverbindung.

Ausgezeichnetes Adstringens bei Magen-Darmerkrankungen infektiösen bezw. diarrhöeischen Charakters, Brechdurchfall der Kinder.

Reizmilderndes Protektivum bei geschwürigen und Reizprozessen des Verdauungstraktus.

Dosis: für Kinder stündl. 1—2 gr } in Schüttelmixtur
„ Erwachsene „ 3—5 „ } oder in Reisschleim

Ausführliche Literatur durch: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich.**

Jodglidine

Vollkommener Ersatz für Jodkali. Im allgemeinen keine Nebenwirkungen. Als wirksames bekömmliches Jodpräparat bewährt bei Arteriosklerose, sekundärer und tertiärer Lues, Angina pectoris, Bronchitis, Asthma bronchiale, Exsudaten, Skrofulose, Augenkrankheiten, Gicht, chron. Gelenksentzündungen.

Chemische Fabrik Dr. Klopfer, Dresden.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

D. R. W. Z. 128247

Pnigodin

D. R. W. Z. 128247

Kräftiges Expectorans

PERTUSSIS

Indikationen: Pneumonie, Broncho-Pneumonie, Bronchitis, Asthma bronchiale.

Auffallend schnelle Heilerfolge.

Hervorragend bewährt auch in der Säuglingspraxis!

Bestandteile: Cinnamom. Ceylan. Pnigodin (Glykosid). Sambuc. nigr. Malt. Hord. sterilisiert, frei von Alkohol.

Zahlreiche Anerkennungen.

Von der Würzburger Universitäts-Poliklinik und anderen größeren Heilanstalten mit überraschendem Erfolge angewendet.

Versuchsquanten den Herren Ärzten gratis durch die

Pnigodin G. m. b. H., Charlottenburg P. A. 5.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG

Das Geschlechtsleben des Menschen.

Von

Dr. med. Gerhard Hahn in Breslau.

Mit einem Begleitwort von Professor Dr. A. Blaschko.

VIII, 123 S. mit 47 Textabbildungen u. 3 farb. Tafeln. 1911. Geb. M. 3.—

Das vorliegende Buch sucht eine Lücke in der Literatur über die wichtigen Grundfragen des Lebens auszufüllen. Zwischen den großen Werken von Forel, Bloch, Ellis u. a. und den kleinen Flugschriften, welche doch nur das erste Interesse an diesen Fragen zu erwecken imstande sind, nimmt es die Mitte ein. In wissenschaftlicher, ernster und doch volkstümlicher, leicht verständlicher Sprache gehalten, sucht es den Leser mit allen den wichtigen Problemen bekannt zu machen, die das Geschlechtsleben in seinen natürlichen Grundlagen und in seinen vielseitigen Beziehungen zur Medizin und Hygiene, sowie zu den verschiedentlichsten gesellschaftlichen und pädagogischen Fragen in sich birgt.

Antiphlogistine

Literatur und Gratisproben franko.

ein **hydrophiler, schmerzstillender Umschlag.**

Indiciert in allen **entzündlichen** und **congestiven** Zuständen.
Therapeutisch glänzend bewährt.

Kade-Denver Co. m. b. H.
Berlin-Wilmersdorf, d.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. August 1911. Nr. 8.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

J. P. Grozer Griffith, Amyotonia congenita (Myatonia congenita v. Oppenheim). Übers. v. Robert Lewin. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 54. Heft 4—6.) 15 monatliches schwachsinniges Kind von Trinkereltern. Schlaffe Lähmung der 4 Extremitäten; abnorme Beweglichkeit der Gelenke, keine Entartungsreaktion. Kind kann nicht sitzen. Vollkommenes Fehlen der galvanischen und faradischen Erregbarkeit; Anämie; Besserung durch Massage, Faradisation, Strychnin. Zusammenstellung der übrigen in der Literatur beschriebenen Fälle und Besprechung der Pathologie dieser seltenen Erkrankung.

Hecker.

F. Lust, Die Viskosität des Blutes beim gesunden und kranken Säugling. (Aus der Universitätskinderklinik Heidelberg.) (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 54. Heft 4—6.) Als Durchschnittswert für die Viskosität eines gesunden Säuglings wurde mittels des Hessschen Viskosimeters 3,8 gefunden, doch kommen normalerweise größere individuelle Schwankungen vor. Beim Neugeborenen ist die Viskosität stark erhöht, womit Hand in Hand geht eine Vermehrung der zelligen Elemente, des Hämoglobingehaltes, überhaupt der ganzen Trockensubstanz des Blutes. Im späteren Kindesalter nähert sich die Viskosität der des Erwachsenen. Mittelwert im Alter von $1^1/_2$—11 Jahren 4,1. Anämische Säuglinge haben niedrigere Viskosität, doch besteht kein konstantes Verhältnis zwischen Viskosität und Hämoglobinwert. Alle zu stärkerer Zyanose führenden Zustände erhöhen infolge der CO_2-Anreicherung die Viskosität. Zwischen Viskosität und Wassergehalt des Blutes bestehen enge Beziehungen derart, daß ein hoher Wassergehalt einer geringen Viskosität entspricht und umgekehrt. Zufuhr physiologischer Kochsalzlösung erhöht die Viskosität. Ernährungsstörungen bewirken an sich keine Änderung der Viskosität, außer wenn sie mit anämischen Zuständen oder Wasserverlusten einhergehen.

Hecker.

Karl Ernst Ranke (München), Diagnose und Epidemiologie der Lungentuberkulose des Kindes. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 54. Heft 4—6.) Wertvolle Fingerzeige zur Charakterisierung der Atemgeräusche; z. B. verlängertes und hauchendes Exspirium hat nur dann diagnostischen Wert, wenn es deutlich lauter ist als das normale Exspirium und wenn auch das Inspirium gegen das Bronchiale zu verändert ist. Bei dem „rauhen" Atmen ist das Exspirium nahezu

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebenso laut wie das Inspirium und besitzt auch nahezu den gleichen Klangcharakter. Es ist ausschließlich Zeichen einer ungleichmäßigen Entfaltung des Lungengewebes. Das verschärfte Atmen (pueriles A.) findet man auch an der Grenze kleinerer und größerer Infiltrationen gegen das gesunde, wodurch es ein beachtenswertes Kennzeichen von Infiltration wird. Das Giemen im Hustenstoß charakterisiert geringgradige katarrhalische Affektionen der größeren Bronchien und wird häufig übersehen. Die Hauptformen der Kindertuberkulose sind nach R.: 1. Die Kinderphthise, ein Analogon der Phthise der Erwachsenen, kommt erst vom 10., 12. Jahr ab vor und ist relativ gutartig. 2. Die generalisierte Tuberkulose mit katarrhalischer Affektion der ganzen Lunge und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, ist relativ bösartig. 3. Die Hiluskatarrhe mit unbestimmteren Symptomen, Rasselgeräuschen auf den Spitzen, blassem Aussehen, Neigung zu Katarrhen, skrophulösen Symptomen. Die Tuberkulose trennt sich bezüglich ihrer Mortalität in zwei Perioden: die Kindertuberkulose und die des Erwachsenen. Zwischen beiden liegt eine inaktive Periode. Die beiden Perioden repräsentieren geradezu zwei verschiedene Krankheiten. Die Phthise ist eine Nachkrankheit der generalisierten Tuberkulose, d. h. sie beginnt erst langsam aufzutreten, nachdem die Durchseuchung mit der ersten Form abgeschlossen ist und auch die nicht zum Tod führenden Formen derselben abgelaufen sind. Bei den Kinderphthisen und den in oder direkt nach der Pubertät einsetzenden Formen überwiegt die hämatogene Form der Entstehungsweise. Trotz Verminderung der Phthisenmortalität in germanischen Ländern ist eine Verminderung der Sterblichkeit an Kindertuberkulose kaum eingetreten. Die Infektion hat also trotz aller Maßnahmen noch nicht nennenswert abgenommen. Hecker.

P. S. Medowikow, Zur Frage von der Bedeutung der Bakterien im Intestinaltraktus. Infektion und Sterilisation desselben. (Aus der pathologischen Abteilung des Instituts für experimentelle Medizin in St. Petersburg.) (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 54. Heft 4—6.) Versuche an zwei erwachsenen Hunden. Der eine mit einer Fistel am Jejunum, 1 m oberhalb der Bauhinischen Klappe, der andere mit zwei Fisteln, einer am Jejunum 1 m oberhalb der Klappe, einer zweiten am Ileum unweit von der Valvula. Unter normalen Bedingungen passieren die Bakterien den Darm ziemlich planmäßig. Zu Anfang der Verdauung findet man (in 1 mgr Chymus) nur spärliche Bakterien; je länger jedoch die Chymusabsonderung dauert, desto mehr wächst die Bakteriemenge an, sie erreicht ein bestimmtes Maximum und geht dann wieder progressiv zurück. Die Bakterienzahl erreicht ihren Höhepunkt zu der Zeit, wo das Fett den Darm passiert. Dieses regt dann anscheinend die Sekretion vom Darmsaft an, welcher seinerseits wieder bakterizid wirkt. Die Bakteriemenge nimmt zusehends ab, wenn man die Mundhöhle umgeht und die Milch direkt mittels der Magensonde einflößt. So fand Verf. bei gewöhnlicher Verfütterung 14—16 Mill., bei Sondenfütterung nur 2 Mill. Bakterien. Der Chymus wirkt an und für sich bakterizid. Versuche an 7 jungen Kaninchen und 4 jungen Hunden ergaben, daß auch schon ganz junge Tiere über einen Selbstschutz in Form von

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bakteriziden Stoffen im Dünndarm verfügen. Ferner ergab sich eine bedeutende Differenz des Bakteriengehaltes bei den zwei Tierspezies: während die Kaninchen in der Verdauungsperiode verhältnismäßig wenig Mikroorganismen aufweisen, ist ihre Zahl bei jungen Hunden eine viel größere. Die Ursache liegt wohl in der vegetabilischen Ernährung der Kaninchen gegenüber der Muttermilchnahrung der Hunde.

Hecker.

E. Moro und **L. Kolb**, Über das Schicksal von Ekzemkindern. (Klinik Pfaundler, München.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9. Nr. 8. S. 428.) Die Autoren stellten sich die Frage, nachzusehen, was aus den vielen Ekzemkindern im Laufe der Entwicklung wird. Nach Ausschaltung ungeeigneter Fälle blieben zur Entscheidung in der Fragestellung noch 86 Kinder übrig, die hauptsächlich im schulpflichtigen Alter standen. $^4/_5$ der Kinder gehörten dem Proletariat an. Der Beginn der Ekzemeruption fiel meist in die Zeit vom 3.—6. Lebensmonat. Die überwiegende Mehrzahl der Ekzemfälle heilte im Alter von 1—$1^1/_2$ Jahren ab, dabei bestehen gewisse kritische Zeitpunkte. Das Ekzem heilt in 1—2 Monaten oder nach zirka 6 Monaten ab. Ist es nach 6 Monaten nicht abgeheilt, dann bleibt es fast regelmäßig über ein Jahr lang bestehen. Ein Zusammenhang der Ekzemeruption mit der Impfung oder mit der Zahnung wurde nur selten angegeben. Die Ekzemkinder zeigten auch in späteren Jahren Neigung zu reaktiven Entzündungen sowie Labilität des Vasomotorensystems (Kopfschmerzen, Ohnmacht, Farbwechsel). Bei Geschwistern der Ekzemkindern findet man häufig exsudative Dermatosen. Von anderen Symptomen sind noch erwähnenswert die große Häufigkeit der Obstipation. Asthma bronchiale und Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß wurde ausschließlich in der Gruppe der Ekzemkinder gefunden. Adenoide und Lymphdrüsenschwellungen am Halse waren in der Gruppe der Ekzemkinder gerade so häufig wie unter den Kontrollkindern. Da die vorgestellten ehemaligen Ekzemkinder in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle einen durchaus normalen Eindruck machten, ergibt sich der Schluß, daß die Konstitutionsanomalie der exsudativen Diathese günstig beeinflußbar, vielleicht sogar vollständig reparabel ist. M. und K. sind gegen die starke Betonung der Überernährung als auslösendes Moment für das Erscheinen des konstitutionellen Säuglingsekzems. Von Bedeutung ist noch das Ergebnis, daß spasmophile Erscheinungen bei exsudativen Kindern häufig sind.

Schick.

O. Herbst, Leukämie mit Schädeltumoren bei einem einjährigen Kinde. (Waisenhaus Rummelsburg, Dr. Müller.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. 1910. Bd. 9. Nr. 8 S. 447.) Ein am 20. September 1909 im Alter von 5 Wochen in die Anstalt aufgenommenes Kind, welches trotz Ammenernährung ziemlich schwer aufgezogen werden konnte, machte im Juli 1910 eine grippöse Infektion mit eitrigem Schnupfen, Bronchitis, hohem Fieber und großer Prostration durch. Während dieser Erkrankung wurde zuerst eine Anschwellung des etwas gelblich gefärbten rechten oberen Augenlides bemerkt. Die Erkrankung ging vorüber. Ende Juli trat eine flache Geschwulst an der Glabella und multiple Drüsenschwellung auf. Anfangs August

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entwickelten sich unter leichtem Fieber neue Knochenauftreibungen, welche das Gesicht eigentümlich entstellten. Der rechte Bulbus wurde prominent, das obere Augenlid groß und vorgewölbt. Auch an der linken Tibia entstand eine rundliche Geschwust. Die Tumoren zeigten grünliche Farbe. Starke Drüsenschwellung in inguine und am Nacken. Die Milz überragt nur einen Querfinger den Rippenbogen, ebenso die Leber. Starke Anämie. Allgemeinbefinden relativ gut. Diagnose: Chlorom.

Die am 15. August vorgenommene Blutuntersuchung ergab deutlich leukämische Veränderungen.

88 % mittelgroße und große Lymphozyten (wohl zum Teil Myelozyten atypischer Form? Ref.).
4,2 % einkernige und gelapptkernige granulierte Zellen.
4,1 % polynukleäre Neutrophile.
4,2 % polynukleäre Eosinophile.

3 Tage später ergibt die Zählung der Roten die Zahl von 2 ½ Mill. Leukozyten 350000. In den nächsten Tagen verfällt Patient unter hohem Fieber und stirbt am 22. August. Sektionsbefund: die histologische Untersuchung der Organe ergibt myeloide Leukämie.

Schick.

Hans Kleinschmidt, Der Einfluß der Hitze auf den Säuglingsorganismus. (Kaiserin-Auguste-Viktoriahaus, Abteilung Heller.) (Monatsschr. f. Kinderheilkunde. 1910. Bd. 9. Nr. 9. S. 455.) In einer ausführlichen, mit zahlreichen Kurven und Krankengeschichten belegten Arbeit berichtet Kl. über oben genanntes Thema. Die Beobachtungen wurden an 15 Kindern, die zu diesem Zwecke 3—7 Tage in ein Wärmezimmer gebracht wurden, durchgeführt.

Die Resultate stehen im Gegensatze zu den in letzterer Zeit veröffentlichten Beobachtungen:

1. Mehrtägiger Aufenthalt im Wärmezimmer (28—32° C) führt bei Säuglingen regelmäßig zu Temperaturerhöhung, die sich gewöhnlich in niedrigen Grenzen hält. Bei ernährungsgestörten Kindern sind stärkere Temperatursteigerungen möglich, ja es kommen Zustände ausgesprochener Hyperthermie vor, jedoch ohne besondere Nebenerscheinungen.

2. Mangelhafte Luftbewegung und wechselnde Luftfeuchtigkeit waren im Versuche bedeutungslos.

3. Durch starke Schweißabsonderung kommt es regelmäßig zu erheblichem Wasserverlust, welcher durch Verminderung der Harnmenge völlig ausgeglichen wird.

4. Das Allgemeinbefinden wird nicht wesentlich gestört. Die Versuchskinder zeigen gewöhnlich genügenden oder guten Gewichtsansatz. Im Stoffwechselversuch ergeben sich gute Retentionswerte für Stickstoff, Phosphor und Chlor.

5. Störungen der Magen-Darmfunktion traten auch beim alimentär geschädigten Kinde nicht ein, wenn eine quantitativ und qualitativ einwandfreie Nahrung gegeben wird.

6. Die klinischen Symptome im Wärmezimmer entsprechen demnach nicht dem Sommerbrechdurchfall und dem Hitzschlag.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7. Die Hitze als solche kann nicht die direkte Ursache der hohen Sommersterblichkeit sein. Schick.

N. Menschikoff, Zur Frage der Buttermilchernährung des Säuglings. (Kaiserin-Augusta-Viktoriahaus, Abteilung Heller.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9. Nr. 9. S. 493.) Stoffwechselversuche bei vier mit Magermilch und Buttermilch ernährten Kindern ergaben in Bestätigung der Ansicht Tadas, daß Magermilch und Buttermilch gleichwertig sind. Die günstige Wirkung der Buttermilch liegt in ihrem Kohlehydratreichtum, wodurch sie besser ausnutzbar ist als fetthaltige Nahrung. Derselbe Effekt läßt sich durch Magermilch mit Mehl- und Zuckerzusatz erzielen. Der Säuregehalt hat keine Bedeutung. Schick.

Ernst Mayerhofer, Über den klinischen Wert der neuen G. Goldschmidtschen Glukuronsäurereaktion für die Beschreibung des Harnes der Säuglinge. (Kinderhospital, Doz. Moser.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 3. S. 226.) Ganz wenig Harn (es genügt ein Tropfen) wird mit 2 Tropfen einer alkoholischen α-Naphtollösung (10—15 %) versetzt; nach vorsichtigem Unterschichten dieser Mischung mit 3—4 ccm konzentrierter Schwefelsäure entstehen an der Berührungsfläche beider Schichten farbige Ringe, welche nach unten — gegen die konzentrierte Schwefelsäure zu — eine intensiv grüne Farbe aufweisen.

Die Reaktion ist bei Ausschluß von Nitraten spezifisch für Glukuronsäure.

Nach Untersuchungen M.s ist die Probe klinisch verwertbar.

1. Der Harn tadellos gedeihender Brustkinder gibt fast regelmäßig eine negative α-Naphtolreaktion, so daß diese Eigenschaft mit zur Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Brustkindes herangezogen werden kann.

2. Schon bei geringen enteralen oder parenteralen Störungen (fieberhaften Erkrankungen) wird die Reaktion positiv (Glukuronsäure, Nitrate oder beides). Kann man nachweisen, daß bei einem derartigen Säugling die Nitratreaktion negativ oder nur sehr schwach positiv ist, so ist die Reaktion eindeutig beweisend für die Gegenwart von Glukuronsäure.

3. Bei sehr schweren Enteritiden ist keine Regelmäßigkeit im Ausfall der Reaktion zu finden (Erschöpfungsstadium der Glukuronsäureausfuhr. Schick.

Th. Goett, Assoziationsversuche an Kindern. (Kinderklinik München.) (Zeitschr. f. Kinderheilkunde. Bd. 1. Heft 3 u. 4.) Der Assoziationsversuch besteht darin, daß man dem zu prüfenden Individuum irgend ein Wort als „Reizwort" zuruft. Die Versuchsperson hat nun ihrerseits die Aufgabe, die erste Vorstellung sprachlich zu äußern und zu benennen, welche in ihr gleich nach Verklingen des Reizwortes auftaucht. Solche Reizworte verschiedenen Inhaltes — z. B. Nadel, Lampe, Schule, waschen usw. — werden nacheinander verwendet. Auf diese Weise kommt man schließlich in den Besitz einer großen Anzahl von Assoziationen der Versuchspersonen.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Antworten auf dieselben Reizworte werden bei verschiedenen Individuen verschieden ausfallen. Die Assoziationen tragen also den Stempel des Individuums.

Die Reizworte waren bei allen Versuchen (52 Kinder, 26 Mädchen und 26 Knaben im Alter von 8—14 Jahren) die gleichen. Verf. hielt sich an das von Jung angegebene Reizwortschema. Die erhaltenen Reaktionen lassen sich in gewisse Gruppen bringen (Satzreaktion — das Kind antwortet auf das Reizwort mit ganzen Sätzen —, Wortneubildungen, Wiederholung des Reizwertes). Zu achten ist auch auf die Zeit, die zwischen Reizwort und Erscheinen der Assoziation verstreicht. Die Bestimmung derselben erfolgte mittels einer $^1/_5$ Sekunden zeigenden Uhr.

Es ist unmöglich, auf die interessanten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit einzugehen. Hier sei nur hervorgehoben, daß sich deutliche Unterschiede zwischen gesunden und geistig abnormen Kindern ergeben, daß auch wahrscheinlich differentialdiagnostisch verwertbare Momente bei solchen Assoziationsversuchen zu finden sein werden, diesbezüglich sind die Resultate bei Epileptikern und Hysterischen besonders zu betonen. Verf. hat auch Untersuchungen an Schwachsinnigen und Kindern mit Zeichen von Neurasthenie vorgenommen. Verf. will mit seiner Arbeit vor allem das Interesse für Assoziationsversuche wecken, es ist zu wünschen, daß seine Erwartungen sich erfüllen. Schick.

Heim und **John**, Das alimentäre Fieber. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde. Bd. 1. Heft 4. S. 398.) Referat über die Auffassung verschiedener Autoren bezüglich des Mechanismus des alimentären Fiebers. Ähnlich wie in dem schon referierten Aufsatz in der Monatsschrift für Kinderheilkunde verteidigen die Verf. ihren Standpunkt, nach welchem das alimentäre Fieber ein physikalischer Vorgang ist und als Wärmestauung aufgefaßt wird. Durch abnorme Vergärung des Zuckers und anderer gärungsfähiger Stoffe entstehende saure Gärungsprodukte (niedere Fettsäuren) wird die Darmschleimhaut geschädigt. Es kommt zu vermehrter Peristaltik, flüssigen Stuhlentleerungen und Wasserverlust. Der so erkrankte Säugling muß Wasser sparen und wird damit empfindlicher gegen Außentemperaturen. Wird nun die irrationelle Ernährung fortgesetzt, so büßt der Säugling noch mehr Wasser ein, die Möglichkeit einer Wärmestauung wird dadurch begünstigt. Schick.

E. Levy (Essen), Beitrag zur Frage des Impfschutzes. (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 11.) Ein vom Leben selbst vorgemachtes klinisches Experiment, daß fünf Personen in gleicher Weise der Ansteckung mit Pockengift ausgesetzt werden, das stark genug gewesen war, den Tod einer nicht geimpften Person herbeizuführen. Von diesen Personen erliegt nur die eine, nicht geimpfte, der Ansteckung und erkrankt schwer, die vier anderen, geimpften, bleiben zunächst verschont.

Durch die Pflege der schwer erkrankten, nicht geimpften, werden sie erneut in viel stärkerem Maße einem viel ansteckungsfähigeren Gift ausgesetzt, zwei bleiben wieder ganz verschont, die beiden anderen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erkranken mit zweitägigem Unwohlsein, das gegenüber dieser furchtbaren Krankheit ganz ohne Belang ist. Da ferner bei der Unkenntnis von der Art der Krankheit keine der in Frage stehenden Personen irgend welche Vorsichtsmaßregeln, Desinfektion usw., angewandt hatte, so ist das Experiment in seiner Reinheit durch nichts gestört worden, und es gehört sehr viel vorgefaßte Meinung dazu, es dem Walten des Zufalls und nicht der Wirkung der Impfung zuzuschreiben, daß trotz der bekannten großen, fast allgemeinen Disposition für diese Krankheit von den fünf Mitgliedern einer Familie nur das nichtgeimpfte schwer erkrankte.

L. warnt davor, zu glauben, daß der absolute Impfschutz zum wenigsten 5 Jahre dauere oder daß das Überstehen der natürlichen Pocken sicher gegen Neuerkrankung schütze. L. hält es für eine Pflicht derjenigen Personen, die außer mit den Kranken auch mit anderen zusammenkommen, also in erster Linie der Ärzte, sich sofort bei Erkennung bzw. Behandlung eines Pockenkranken wiederimpfen zu lassen, falls die letzte Impfung über ein Jahr zurücklag.

Grätzer.

P. Harras und **W. Suchier**, Über ein Angiom der Parotis. (Aus der chirurg. Abteilung und dem pathol. Institut des städtischen Krankenhauses I in Hannover.) (Ebenda.)

Am 30. August wurde der acht Wochen alte Knabe Joseph R. auf die chirurgische Abteilung aufgenommen. Nach Angabe der Pflegemutter hatte er von Geburt an unter dem linken Ohr eine Schwellung gehabt, die von Woche zu Woche größer wurde.

Es handelte sich um ein sonst normal entwickeltes Kind. Unter und vor dem linken Ohre bemerkte man eine der Lage nach der Parotis entsprechende Geschwulst, etwa von der Konsistenz eines weichen Lipoms. Die Haut darüber war unverändert und auf der Geschwulst verschieblich, letztere selbst gegen die Unterlage nicht verschieblich. Die stärkste Vorwölbung bestand im unteren Teil der Parotisgegend, während der obere Teil der Drüse frei zu sein schien. Sobald das Kind schrie, nahm der Tumor deutlich an Größe zu, er wurde förmlich aufgeblasen und schimmerte nach Art großer Venen bläulich durch die Haut hindurch.

Nach dieser Beobachtung diagnostizierten Verff. ein Angiom der Parotis und beschlossen die Exstirpation.

Die Operation wurde am 1. September 1910 in leichter Äther-Tropfnarkose vorgenommen: Längsschnitt vor dem Ohr. Die freigelegte Parotis erscheint vergrößert, lebhaft gerötet, wie im Zustande frischer Entzündung. Die Läppchenzeichnung war nicht so deutlich wie gewöhnlich, aber doch erkennbar. Von einem eigentlichen Tumor, in Sonderheit von dem erwarteten Angiom war nichts zu sehen. Nach oben hin nahm die Rötung ab und ging allmählich in normal aussehendes Drüsengewebe über. Der am meisten veränderte untere Pol wurde freigemacht, einige der zarten Fädchen des unteren Fazialis ließen sich ausschälen, andere wurden zerrissen. — Nach dem Aussehen der Drüse waren Verff. an der Diagnose einer Neubildung irre geworden. Um nicht auch den oberen Fazialis zu gefährden, dessen Präparierung bei den kleinen Verhältnissen recht schwierig war, sahen sie von einer gänzlichen Exzision der Drüse ab und resezierten nur den am meisten veränderten unteren Teil. Völliger Verschluß der Wunde durch Naht. Die Blutung war gering.

Nach der Operation bestand eine Parese des Mundfazialis und Lagophthalmus, der jedoch bald zurückging. Im übrigen erfolgte glatte Heilung. Der Eingriff wurde leicht ertragen.

Die Autopsia in vivo brachte also eine Enttäuschung; Verff. glaubten nach dem Aussehen der Drüse, mit einer entzündlichen Erkrankung rechnen zu müssen, und sahen deshalb von einer radikalen Exstirpation ab. Auch die erste orientierende mikroskopische Unter-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

suchung des Präparates schien für eine entzündliche Erkrankung zu sprechen. Erst die genaue Durchmusterung unter Anwendung besonderer Färbemethoden ergab die Richtigkeit der klinischen Diagnose eines Angioms.

Es ist also von großer Wichtigkeit, sich gegebenenfalls nicht durch das Aussehen der freigelegten Parotis an der Diagnose irre machen zu lassen, die durch die beim Schreien auftretende Anschwellung der bläulich durch die Haut schimmernden Geschwulst hinreichend gesichert ist. Die Sorge um den Fazialis macht ja bei den kleinen Patienten, um die es sich meist handelt, ein reserviertes Vorgehen leicht verständlich. Aber ein solches wird man bei Kenntnis des Geschwulstcharakters durchaus widerraten müssen. Das schnelle Rezidiv, von dem in v. Haberers Falle die partielle Resektion der Parotis gefolgt war, beweist die Notwendigkeit radikaler Entfernung, die durch die später vorgenommene Totalexstirpation der Drüse erreichte Dauerheilung die guten Aussichten dieses Vorgehens. Zu einer möglichst frühzeitigen radikalen Operation wird man sich um so eher entschließen, als anscheinend mit der Größe der Geschwulst die Gefahr der Blutung erheblich wächst. Grätzer.

E. Hoeniger, Über die ephemere traumatische Glykosurie bei Neugeborenen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Erlangen.) (Ebenda.) Es hat sich bei drei Fällen gezeigt, daß tatsächlich nach operativ beendeten Geburten eine Glykosurie eintritt. Man ist zu der Annahme berechtigt, daß die plötzlich einwirkende Gewalt des operativen Eingriffs die Zuckerausscheidung verursacht. Der Harn eines spontan und unter normalen Verhältnissen neugeborenen Kindes ist zuckerfrei. Selbst bei länger als die Norm dauernden Geburten, die aber trotzdem spontan verliefen, konnte kein Zucker nachgewiesen werden. Beachtenswert waren zwei Fälle mit starker Kopfgeschwulst und langer Dauer der Austreibungsperiode, bei denen ebenfalls kein Zucker im Urin nachgewiesen werden konnte.

Vielleicht läßt sich diese Tatsache so erklären, daß das normale Geburtstrauma, und dazu muß auch die Kopfgeschwulst gerechnet werden, deshalb ohne Stoffwechselanomalie verläuft, weil hier eine allmähliche Gewalteinwirkung statthat, die es dem Organismus ermöglicht, sich den veränderten Druckverhältnissen anzupassen, während dies die Plötzlichkeit des operativen Eingriffs nicht zuläßt. Der Organismus antwortet auf die Reizwirkungen dann eben mit einer Glykosurie, die einer Verschiebung in den Gleichgewichtsverhältnissen des Zuckerhaushaltes des Körpers entspricht. Grätzer.

Wieting, Angeborener vollkommener Zahnmangel. (Aus dem Gülhane-Lehrkrankenhaus in Konstantinopel.) (Ebenda.) Der körperlich im allgemeinen etwas zurückgebliebene Knabe von 12 Jahren ist seit seiner Geburt völlig zahnlos. Sonstige Abnormitäten sind an seinem Körper nicht nachzuweisen, speziell nicht an den epithelialen Gebilden der Haut, den Nägeln und den Haaren.

Wenn man will, kann man sagen, daß der Processus alveolaris beiderseits fehlt. Das Primäre ist jedenfalls das vollkommene Fehlen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Zahnanlage. Das beweist auch das Röntgenbild, das weder im Ober- noch im Unterkiefer irgend eine Zahnkeimanlage zeigt.

Eine besondere allgemeine oder lokale Erkrankung, wie Kretinismus, Lues, Rachitis war in diesem Falle nicht vorhanden. Es handelt sich eben um eine kongenitale Defektbildung der ganzen Zahnkeimanlage, für die eine genetische Erklärung kaum erbracht werden dürfte.

Grätzer.

A. Japha, Augenhintergrundbefunde bei hereditärer Syphilis. (Aus Prof. H. Neumanns Poliklinik f. Kinderkrankheiten in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 12.) In einem sehr großen Prozentsatz (etwa 66%) der kongenital syphilitischen Säuglinge findet man Augenhintergrundsveränderungen. Diese können neben der Wassermannschen Reaktion als das einzige objektive Zeichen der Krankheit in manchen Fällen auftreten und so bei ätiologisch zweifelhaften nervösen Störungen (Krämpfe, unmotivierte Unruhe) die Diagnose ermöglichen. Grätzer.

G. Röthler, Ein Fall von Buhlscher Krankheit. (Aus der Prov.-Hebammen-Lehranstalt in Breslau.) (Ebenda.) Typischer Fall von Buhlscher Krankheit mit schwerem Ikterus, Fettdegeneration der Organe und unstillbarer Nabelblutung. Es gelang, den Beweis zu erbringen, daß es sich um eine schwerste Sepsis handelte, um ein „Puerperalfieber der Neugeborenen", wie die Erkrankung nicht mit Unrecht von manchen Autoren bezeichnet wurde, da ja die puerperalen Prozesse in ihrer schwersten Form ganz ähnlich mit flächenhaften Hautblutungen, mit septischen Blutungen aus dem Uterus, mit ausgesprochenem Ikterus verlaufen.

Die Wassermannsche Reaktion mit dem mütterlichen Blut fiel negativ aus. Ebensowenig lieferte die mikroskopische Blutuntersuchung irgend einen Anhalt für eine Bluterkrankung der Mutter. Es sei auch hervorgehoben, daß keine Organerkrankung, auch nicht der Genitalien, gefunden wurde, dagegen klagte die Hausschwangere 4 Tage ante partum über Bruststechen und Atembeklemmung, ohne daß der Nachweis einer Lungenaffektion geführt, das Fieber irgendwie erklärt werden konnte. Erst am Abend des vierten Fiebertages setzten die Wehen ein, nunmehr erst fand die einzige innere Untersuchung der Kreißenden statt. Erst am dritten Wochenbettstage fiel die Temperatur von 38,0° auf 37,0°, der Puls ging von 108 auf 86—92 Schläge zurück. Da demnach als Fieberursache die genitale Untersuchung wie irgend eine akute Infektionskrankheit fortfällt, so ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine Aszension von Keimen in die Uterushöhle kurz vor der Entbindung anzunehmen. Damit würde auch die Meinung Gerhardts und anderer übereinstimmen, daß die Infektion des Säuglings in den letzten Tagen der Schwangerschaft erfolgen müsse, oder, wie Rahn-Escher betont, schlechter Gesundheitszustand der Mutter während der Schwangerschaft zugrunde liege.

In dem Falle ist die Überschwemmung des Organismus mit Staphylokokken durch Agarkultur und frische Ausstriche aus Herz und Milz sicher erwiesen. Daß sich auch im Reagenzglase die geringe Tendenz des Blutes zur Gerinnung dokumentieren würde, war zu

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erwarten. Doch gibt das Auftreten von Methämoglobin im Blute zum Nachdenken Anlaß. Bei Vergiftungen mit Chloraten und Nitriten (Amylnitrit, Nitrobenzol) finden wir Methämoglobin im Harn und Blut, dieses entsteht bei Zersetzung des Oxyhämoglobins durch Säuren. Es ist öfter schon darauf aufmerksam gemacht worden, daß gewaltsame Todesarten, Erstickung, Phosphor-, Arsenikvergiftungen ganz ähnliche Organveränderungen schaffen wie die Buhlsche Krankheit. Jedenfalls deutet das Auftreten von Methämoglobin unbedingt auch auf eine chemische Zersetzung des Blutes. Diese sowohl wie der Nachweis von Staphylokokken im Blute dürfte etwas Licht in die bis jetzt fast unklare Erkrankung bringen.

Die Behandlung richtete sich früher nur gegen die Blutung. Man gab Calcium, Gelatine und Adrenalin. Einen Fortschritt bedeutet die subkutane Einverleibung von menschlichem Blutserum. Man injiziert dreimal des Tages 10 ccm Serum, später geringere Dosen. Von Wichtigkeit ist, die Behandlung frühzeitig zu beginnen. Zum Schluß möchte R. den Vorschlag machen, mit Staphylokokkenvakzine oder Antistreptokokkenserum eine mehr ätiologische Therapie einzuleiten. Grätzer.

A. Döblin, Salvarsanbehandlung bei Säuglingen. (Aus dem Krankenhause am Urban in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1911. Nr. 12.) D. hat bei einigen Säuglingen Salvarsan angewandt, erst dabei eine augenfällige Beeinflussung einzelner Erscheinungen gesehen, besonders der Hautaffektionen, aber nie einen günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden wahrgenommen.

Es ergibt sich aus den Beobachtungen, betreffend das Allgemeinbefinden, daß bei der — allein gegebenen — subkutanen und intramuskulären Injektion von Salvarsan größte Vorsicht zu bewahren ist, welche, abgesehen von der Auswahl der geeigneten Säuglinge, insbesondere sich auf die Größe der Dose richtet. Elende wird man völlig ausschließen. Die auffälligen individuellen Schwankungen der As-Toxizität wird man sich hier besonders vor Augen halten müssen. Es wird sich vielleicht empfehlen, 0,03 g als Dosis letalis bei Säuglingen bis zum 3. Monat anzusehen. Da die einmalige Injektion auch von 0,03 g nicht vor Rezidiv schützt, auch mit 0,025 g gute antiluetische Wirkung zu erzielen ist, so wird man bei so jungen Kindern 0,01 bis 0,02 g Salvarsan als die Dosis tolerata geben dürfen, das ist 5—6 mg pro Kilogramm. Da die Prognose quoad Rezidiv, wie die Beobachtung auch an Erwachsenen zeigt, doch ungünstig bleibt, wird man mit der Etappenbehandlung von vornherein zu rechnen haben, aber jeweils die möglichst kleine, weil möglichst unschädliche Dose injizieren. Grätzer.

Blochmann, Eine wichtige Form von funktionellem Darmverschluß im Säuglingsalter und ihre Beziehungen zur Hirschsprungschen Krankheit. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Göttingen.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1911. Nr. 13.) Wie Göppert 1898 zeigte, kann ein dem Hirschsprungschen Megacolon congenitum sehr ähnliches Krankheitsbild durch einen Ventilverschluß

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Darmes hervorgerufen werden, das event. durch eine konsequent durchgeführte Behandlung zur Heilung zu bringen ist.

B. veröffentlicht jetzt 3 Fälle, die diese Frage wieder aufrollen.

Beim ersten Falle werden bei einem Brustkinde vom 3. Tage an nur auf Klistier geringe Stuhlmassen entleert; außerdem bricht das Kind viel, angeblich auch Kot. Bei der Untersuchung kontrastiert bei dem hochfieberhaften, kläglich aussehenden Kinde der kugelig aufgetriebene Leib stark mit dem schmalen Brustkorbe, der wie eine Pyramide auf der Kugel aufsitzt. Nach Einführung eines Darmrohrs gehen unter Gepolter starke Winde ab. Der Leib sinkt zusammen, und durch das liegende Darmrohr geht dauernd dünner Stuhl ab. Ebenfalls sistiert das Erbrechen. Obwohl es mit der Dauerdrainage vollkommen gelungen ist, Winden und Kot den natürlichen Ausweg zu verschaffen, bleibt das Kind elend und geht an einer Sepsis, die durch den lange anhaltenden, ileusartigen Zustand hervorgerufen ist, zugrunde.

Beim zweiten Fall beginnt, nachdem das Kind in den ersten Wochen angeblich „zu wenig" Stuhl entleert hat, von der dritten Woche an der Leib dicker zu werden. Zugleich stellt sich Erbrechen ein. Bei der Untersuchung fällt ein stark aufgetriebener Leib mit erweiterten Hautvenen auf. Ein Darmrohr wird etwa 10 cm hoch eingeführt, und sogleich entweichen starke Winde und massenhaft Stuhl. Der Leibumfang sinkt beträchtlich zusammen. Die in den Mastdarm eingeblasene Luft wird gehalten und durch entsprechend hohe Einführung des Darmrohrs wieder total entleert. Hierdurch wird die Suffizienz des Ventilverschlusses am besten veranschaulicht. Durch mehrmalige Einführung eines Darmrohres am Tage wird Heilung des Zustandes erzielt. Doch ist bei diesem Kinde am Ende des ersten Lebensjahres ein Rezidiv unter den eben geschilderten Erscheinungen eingetreten, das ebenfalls durch Drainage vom Rektum aus zur Ausheilung gekommen ist.

Der dritte Fall gleicht in der Vorgeschichte vollkommen den übrigen, nur ist hier das Entweichen der Winde nicht so ausgeprägt, weil große Mengen von Kot sogleich das Darmrohr verstopfen. Auch hier ermöglicht erst wiederholte Drainage ein Gedeihen des Kindes, und das Leiden kommt nach relativ kurzer Zeit zu einer wenigstens einen Monat lang konstatierten Heilung.

Charakteristisch ist ferner, daß es bei allen diesen mit der Brust ernährten Kindern zu einer derartigen Auftreibung des Leibes kam, während wir bei dieser Ernährung selbst bei fünftägiger Verstopfung eine Auftreibung des Leibes sonst nicht konstatieren können.

Unter der großen Gruppe der mit der Hirschsprungschen Krankheit verwandten Krankheitsformen gibt es einen ganz bestimmten Typus von angeborener Abknickung des Darmes beim Übergang der Flexur in das Rektum. Die Krankheit setzt meist unmittelbar nach der Geburt ein und gefährdet entweder direkt das Leben oder ist zum mindesten mit einem körperlichen Gedeihen unvereinbar. Durch eine systematische Ableitung der Darmgase, durch permanente Drainage oder durch mehrmals tägliche Einführung eines Darmrohres gelingt es

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht nur, die augenblicklichen Krankheitssymptome zu heben, sondern auch eine normale Entwicklung zu ermöglichen. Grätzer.

R. Pürckhauer, Die Torsion der Unterschenkelknochen bei angeborenen Klumpfüßen und ihre Heilung. (Aus der orthopäd. Univers.-Poliklinik München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1911. Nr. 11.) Man kann durch unblutiges Redressement die Klumpfußstellung beseitigen, läßt man aber die Kinder gehen, so sieht man in einer ganzen Reihe von Fällen die Pat. bei vollem Auftreten auf die Sohlenfläche ihre Beine mehr oder weniger stark nach innen drehen, manchmal so stark, daß die beiden Großzehenspitzen in einem stumpfen Winkel gegeneinander stehen. Die Ursache liegt regionär über dem Fußgelenk, in einer abnormen Rotation der Unterschenkelknochen um ihre Längsachse nach innen.

Die Torsion hat nun P. auf blutigem Wege zu heilen versucht. Er führte die lineäre quere Osteotomie der Tibia in der Höhe des größten Torsionsradius aus unter gleichzeitiger Erhaltung der Fibula, und drehte nach erfolgter Durchtrennung der Tibia das distale Ende des Unterschenkels so weit nach auswärts, bis er die gewünschte Außenstellung des Beines erhielt. Die erzielten Erfolge waren in praktischer wie kosmetischer Beziehung sehr gute.

Übrigens haben schon Schede und Vulpius diese Methode angewandt, die zwar radikal, aber sicher und in kurzer Zeit einen Zustand beseitigt, der manches sonst gute Resultat des unblutigen Redressements angeborener Klumpfüße trübt. Grätzer.

L. Langstein, Zur Kenntnis eosinophiler Darmkrisen im Säuglingsalter. (Aus dem Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.) (Münch. med. Wochenschrift. 1911. Nr. 12.) Im Jahre 1908 hatte L. auf Grund in der Heubnerschen Klinik gemachter Beobachtungen die Aufmerksamkeit der Kinderärzte darauf gelenkt, daß bei Säuglingen plötzliche Abgänge von Schleim und Eiter auftreten können, in denen große Mengen eosinophiler Zellen vorhanden sind. L. glaubte der Meinung Ausdruck geben zu dürfen, daß es sich, da eine alimentäre und infektiöse Darmerkrankung auszuschließen war, um eine Teilerscheinung jenes Symptomenkomplexes handeln könnte, den Adalbert Czerny unter dem Namen der exsudativen Diathese zusammengefaßt hat; denn in beiden von L. beobachteten Fällen waren Symptome dieser Konstitutionsanomalie vorhanden.

L. hatte seit den im Jahre 1908 mitgeteilten Untersuchungen so häufig wie möglich Gelegenheit genommen, bei schleimig-eiterigen Stuhlgängen im Säuglingsalter auf die Gegenwart eosinophiler Zellen untersuchen zu lassen, und gesehen, daß dieser Befund durchaus nicht so selten ist, wie L. seinerzeit anzunehmen geneigt war. Wenn er heute nochmals ganz kurz auf die Frage zurückkommt, so geschieht es, weil unter anderen auch ein Fall zur Beobachtung kam, bei dem die Entleerung großer Mengen eosinophiler Zellen im schleimig-eiterigen Stuhlgang sogar ein Frühsymptom der exsudativen Diathese darstellte.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Entleerung schleimig-eiteriger Stühle bei einem wenige Wochen alten Kinde wird wohl allgemein als ein recht ernst zu nehmendes Symptom, als Ausdruck einer alimentären bzw. infektiösen Darmerkrankung aufgefaßt, deren Prognose bei künstlicher Ernährung zweifelhaft ist. Auf Grund des Befundes eosinophiler Zellen hat L. die Durchfälle im vorliegenden Falle jedoch nicht als Ausdruck einer Ernährungsstörung im engeren Sinne, sondern als Symptom der exsudativen Diathese — es war noch ein Ekzem vorhanden — betrachtet und in der Diätetik bis auf eine geringe Einschränkung der Nahrung nichts geändert; in der Tat ist auch die Krise dabei abgeklungen.

So ist der Nachweis eosinophiler Zellen in schleimig-eitrigen Stühlen von Säuglingen nicht nur von diagnostischer Bedeutung, sondern er beeinflußt auch unsere Ernährungstherapie. Es ist in solchen Fällen nicht nötig, das Kind auf Hungerdiät zu setzen usw., es ist auch nicht erforderlich, die künstliche Nahrung sofort durch Frauenmilch zu ersetzen, wie L. es bei dem fünfwöchentlichen Kinde für notwendig gehalten hätte, wenn eine alimentäre oder infektiöse Schädigung für die Entstehung der Durchfälle verantwortlich zu machen gewesen wäre. Die Anwesenheit eesinophiler Zellen im Stuhlgang berechtigt vielmehr, den Fall leichter aufzufassen, und enthebt der Notwendigkeit, eingreifende Diätveränderungen vorzunehmen.

Grätzer.

Sörensen (Kopenhagen), Zur Wertschätzung der Pyozyanasebehandlung bei der Persistenz der Diphtheriebazillen. (Ebenda.) Bei hartnäckiger Persistenz der Diphtheriebazillen erwiesen sich andere Behandlungsarten — Pinselungen mit 2%iger Lapislösung, Benutzung von Löfflers Menthol-Toluol-Eisenlösung — als wirksamer als die Pyozyanasebehandlung. Grätzer.

W. Schmidt, Bantische Krankheit bei hereditärer Lues und ihre Behandlung mit Salvarsan. (Aus dem Städt. Krankenhause St. Rochus in Mainz.) (Ebenda.) Bei einem 14jährigen Knaben mit Morbus Banti wurden verschiedene Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewandt. Als später anamnestische Angaben auf hereditäre Lues hinwiesen und die jetzt angestellte Wassermannsche Reaktion positiv ausfiel, wurde 0,4 g Salvarsan injiziert, worauf sehr rasch die Krankheitserscheinungen so weit schwanden, daß man fast von einer Heilung sprechen konnte. Grätzer.

M. Calvary, Anaphylaxie und Lymphbildung. (Aus dem Physiol. Institut und der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Münch. med. Wochenschrift. 1911. Nr. 13.) Aus an Hunden angestellten Versuchen zieht C. folgende Schlüsse:

Hunde, die mit Pferdeserum vorbehandelt sind, zeigen nach einer zwei Wochen später folgenden Reinjektion desselben Serums eine starke Vermehrung der Lymphmenge. Gleichzeitig wird die Lymphe ungerinnbar.

Die Erstinjektion eines artfremden Serums, sowie die Reinjektion eines heterologen Serums sind ohne Einfluß auf die Lymphbildung.

Bariumchlorid und Kalziumchlorid sind wirkungslos gegenüber dieser Erscheinung. Grätzer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sörensen (Kopenhagen), Retourfälle bei Diphtherie. (Ebenda.) Eine Zusammenstellung gibt das anscheinend paradoxe Resultat, daß alle von S. Entlassenen und die mit Bazillen nach Hause Zurückgekehrten ungefähr gleich häufig Retourfälle gegeben haben, und daß also weder das Vorhandensein von Bazillen bei den Entlassenen eine Ansteckung der Familienmitglieder viel wahrscheinlicher macht, noch ihr Nichtvorhandensein eine absolute Garantie dagegen gibt.

Wenn die angeführten Resultate von anderer Seite bestätigt werden sollten, so sind wir bei Diphtherie, wo das Virus bekannt und leicht zu finden ist, nicht viel besser situiert als bei Scharlach, wo wir immer eine Methode zur Feststellung der Ansteckungsfähigkeit der Rekonvaleszenten sehnlichst erwarten. Grätzer.

Meißner (Hamburg), Über gleichzeitige Erkrankung an Scharlach und Abdominaltyphus. 2 Beobachtungen. Beim ersten ging offenbar ein Scharlach der Manifestation des Typhus voran. Beim zweiten möchte M. es dahingestellt sein lassen, ob es sich nicht bloß um Typhus mit skalatinösem Exanthem gehandelt hat, zumal hier eine stärkere Angina und Drüsenschwellungen fehlten. Grätzer.

Placzek (Berlin), Die Wassermannsche Probe als Hilfsmittel der forensisch-psychiatrischen Beurteilung; Schwachsinn; sexuelle Delikte. (Medizin. Klinik. 1911. Nr. 17.) Ein 16jähriger Mensch war wegen eines sexuellen Deliktes strafbar geworden. P. konnte durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Probe den Beweis erbringen, daß hier Schwachsinn auf erbsyphilitischer Grundlage vorlag, der die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht ausschloß.

Sein Schlußgutachten ging dahin:

1. Der Angeklagte leidet an Erbsyphilis, die zur Zeit der Geschlechtsreife einen Rückgang der geistigen Fähigkeiten bewirkt hat;

2. ein Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 des St.G.B. liegt nicht vor;

3. die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht ist so mangelhaft vorhanden, daß sie keineswegs ausreicht, um das Triebleben zu zügeln.

Es erfolgte Freispruch.

Ist es an sich schon von begreiflichem Interesse, daß man rein zufällig einen bisher nicht luessuspekten Sohn eines Tabikers nach Wassermann zu untersuchen für nötig erachtet, nur weil er auffällige sexuelle Delikte begangen hat, und dann die Vermutung so prägnant bestätigt findet, so ist es gleichfalls für den oft genug mit schwer definierbaren Begriffen vor Gericht operierenden ärztlichen Sachverständigen ein nicht zu unterschätzender Gewinn, daß er seine Vermutungen und Auffassungen der Anklagebehörde so ad oculos demonstrieren kann. Hier ließ sich der Staatsanwalt eingehend über das Wesen der Wassermannschen Probe informieren, die er zuerst mit dem Wassermannschen forensischen Blutnachweis verwechselt hatte, und verstand und würdigte dann auch die Tatsache, daß vererbte Syphilis das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen muß, wenn sie unerkannt Jahre bestand und unbehandelt blieb.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

O. Roth, Zytologische Blutuntersuchungen bei Scharlach. (Aus der medizin. Klinik Zürich.) (Ebenda.) R.s Untersuchungen erstreckten sich auf 35, während des ganzen Verlaufs der Krankheit in bezug auf das hämatologische Bild untersuchte Patienten, und zwar 21 Kinder (unter 16 Jahren) und 14 Erwachsene. Das Vorgehen bei seinen Untersuchungen war dabei stets folgendes: Zählung der Leukozyten gewöhnlich abends vor dem Nachtessen. Färbung der Ausstriche nach Giemsa oder May-Grünwald; bei der Feststellung der prozentualischen Verhältnisse Zählung von mindestens 1000 Leukozyten. Unterscheidung der einzelnen Leukozytenformen streng nach den Kriterien, die Naegeli in seinem bekannten Lehrbuche angibt. Die Untersuchungen wurden in den ersten 14 Tagen der Erkrankung alle 1—3 Tage, später alle 5—7 Tage gemacht.

R. bringt einige interessante Untersuchungsresultate und schließt nach der praktischen Seite hin mit folgenden Sätzen:

„Nachdem bis jetzt das Verhalten der Leukozytenkurve bei Scharlach genauer dargestellt worden ist, ist noch die Frage zu beantworten, ob sich die angeführten Tatsachen in diagnostischer und prognostischer Hinsicht irgendwie verwerten lassen.

In Betracht kommt da vor allem, wenn auch nur in Ausnahmefällen, die Differentialdiagnose gegenüber Masern. Dieselbe läßt sich einfach aus der Zählung der weißen Blutkörperchen stellen, da ja die Masern meist mit Leukopenie einhergehen. Die Verminderung, bzw. das Fehlen der eosinophilen Zellen kann dagegen schon weniger Dienste leisten, da ja in den ersten Krankheitstagen auch der Scharlach meist ohne Vermehrung derselben einhergeht. Die Differentialdiagnose gegenüber Rubeola würde sich hämatologisch schon etwas schwieriger gestalten, da, mindestens nach zwei eigenen Beobachtungen, auch diese Krankheit in ihrem Verlauf eine leichte Vermehrung der eosinophilen Zellen zeigt.

Viel wichtiger jedoch, wie R. glaubt, ist, wenigstens für den Spitalarzt, die retrospektive Diagnose des Scharlachs aus dem Blutbild. Wie oft werden nicht Patienten mit der Diagnose Scharlach ins Spital eingeliefert, bei denen weder ein Exanthem noch irgend welche Abschuppung zu konstatieren ist. In diesen Fällen, die zeitlich meist auf das Ende der ersten Woche fallen, haben wir oft außer der Anamnese kein anderes objektiv verwertbares diagnostisches Hilfsmittel als die Blutuntersuchung. Dieselbe zeigt meist zu dieser Zeit eine leichte Hyperleukozytose und vor allem Vermehrung der eosinophilen Zellen. Um die bestehende Eosinophilie, die häufig, wie im Falle M., nur auf dem oben angegebenen Wege erkannt werden kann, aber diagnostisch verwerten zu können, müssen wir natürlich imstande sein, alle anderen Zustände, welche eine solche im Gefolge haben können, auszuschließen, wie z. B. Darmparasiten, ausgebreitete Ekzeme usw. Unter diesen Voraussetzungen gibt uns aber die Blutuntersuchung eine sehr wichtige diagnostische Handhabe.

Eine prognostische Verwendung der Blutuntersuchung bei Scharlach kommt nur in Betracht für die Fälle von Scarlatina gravissima, wie sich das aus der Tabelle 6 von selber ergibt (hohe Leukozytenzahl, Verschwinden der eosinophilen Zellen).“ **Grätzer.**

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. F. Meyer, Zur Behandlung der akuten und chronischen Darmkatarrhe im Kindesalter. (Aus dem Waisenhaus der Stadt Berlin.) (Therap. Monatshefte. Mai 1911.) Wir lesen überall, daß die Behandlung eines akuten Darmkatarrhs durch eine Schonungsdiät (1. Tag Tee, 2. Tag Mehlsuppen) in 2—3 Tagen zum Ziele führt.

Mag auch der Durchfall in den meisten Fällen durch eine derartige Diät prompt beseitigt werden, es bleibt doch eine nicht kleine Zahl von Verdauungsstörungen übrig, bei der die alteingebürgerte Mehlsuppenkost versagt. Nach kurzer Besserung exazerbieren die Diarrhöen wieder, und weitere noch so strenge Mehldiät hilft nun nichts mehr.

Selbst Verschlimmerungen sind nicht selten. Sie drängen zu der Annahme, daß die Krankheit durch die sogenannte Schonungsdiät erst künstlich gezüchtet und unterhalten wird, und in weiterer Konsequenz zu einer Korrektur der üblichen Therapie. Wo nun diese Korrektur anzubringen ist, das lehren uns die Beobachtungen an den am feinsten reagierenden Organismen — den Säuglingen und den älteren Kindern mit schwerer Verdauungsinsuffizienz. Bei beiden Kategorien erblickt man heutzutage in der übermäßigen Vergärung der Kohlehydrate die primäre Ursache der Verdauungsstörung.

Nach den Erfahrungen M.s scheint es fast, als ob alle Verdauungsstörungen im Kindesalter durchweg auf einer primären Gärungsdyspepsie beruhen. Der Effekt der gärungswidrigen Diät — Verminderung der Kohlehydrate und als Ersatz dafür Eiweiß, von dem wir wissen, daß es durch Begünstigung der Fäulnis im Darm der schädlichen Gärung direkt entgegenwirkt — war in zahlreichen Fällen von akuten und subakuten Fällen ein prompte, und auch in chronischen Fällen war die Eiweißkost der Mehldiät entschieden überlegen.

Die Milch ist in allen Fällen sofort auszusetzen, und zwar mindestens noch 8 Tage, nachdem die Stühle wieder normal geworden sind. Auch dann sollte sie nur mit Vorsicht gegeben werden, höchstens $^2/_5$ l im Tag. Im übrigen muß also die Kost nach folgenden Gesichtspunkten zusammengestellt werden: viel Eiweiß, in Form von Fleisch, weißem Käse (später auch Schweizerkäse), künstlichen Eiweißpräparaten, wenig Kohlehydrate; Fett ist bei Zufuhr geringer Kohlehydratmengen erlaubt.

Daß ein solcher Speisezettel nicht schwer zusammenzustellen ist, zeigt das folgende Tagesmenü:

1. Tag ev. ein Abführmittel, bei subakuten und chronischen Fällen nicht notwendig.

1. Eichelkakao mit 1 Teelöffel eines Eiweißpräparates (Plasmon, Nutrose, Riba usw.).

2. Weißer Käse, 2 Eßlöffel, mit einer Scheibe englischen Weißbrotes (bei jüngeren Kindern durch ein Haarsieb getrieben, in wenig warmen Saccharinwasser suspendiert). 1 Eßlöffel weißer Käse wiegt ca. 60 g.

3. Bouillon mit einem Teelöffel eines Eiweißpräparates, 1—2 Eßlöffel fein püriertes, gekochtes oder rohes Fleisch (ob weißes oder schwarzes Fleisch ist gleichgültig).

4. Weißer Käse wie bei 2.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Brei von 1 Kinderlöffel feinem Grieß (am besten Seefeldners Nährgrieß), Mondamin, 1 Teelöffel Eiweißpräparat, dazu etwas kaltes Fleisch.

(Statt des weißen Käses kann man auch ein weichgekochtes und geschlagenes oder härter gekochtes verriebenes Ei geben.)

2. Tag dasselbe.

3. Tag Zulage von etwas Zwieback oder geröstetem Weißbrot oder Brötchen.

4. Tag Zulage von fein püriertem Gemüse, besonders Spinat, Mohrrüben (2 Eßlöffel), keine Kohlarten, als Obst eine Banane.

Allmählich Übergang zur üblichen Kost.

Es ist notwendig, alle Speisen in sehr fein pürierter Form zu geben, denn wir wissen, besonders durch Adolf Schmidt, wie sehr die feine Verrührung die Verdauung von Gemüse und Fleisch im Darm erleichtert.

Im allgemeinen wird man nicht darüber zu klagen haben, daß die Kinder die Speisen verweigern, oder daß sie Widerwillen zeigen wie bei den einfachen und geschmacklosen Mehlabkochungen. Ein wesentlicher Vorteil der „Eiweißkost" ist, daß man in der Tat die Kinder zu ernähren imstande ist und so die besonders für den Atrophiker so gefürchtete Inanition vermeidet. Die Energiezufuhr bei einer derartigen Diät ist recht ausgiebig, fast $2^1/_2$ mal so groß wie bei der Mehldiät. Sie deckt den Bedarf eines Fünfjährigen fast vollends, während die Mehldiät im besten Falle nicht einmal die Hälfte des Notwendigen erreicht. Grätzer.

Max Brandes, Die Behandlung von Fisteln mit Beckscher Wismutsalbe. (Zeitschr. f. Chr. Bd. 108, Heft 3—4, S. 221.) In 29 Fällen, über die Brandes aus der Kieler chirurgischen Klinik berichtet, wurde die Behandlung von Fisteln mit Beckscher Wismutsalbe durchgeführt. Von vier Thoraxfisteln wurden drei mit überraschendem Erfolg behandelt, die vierte war eine Bronchusfistel. Andere 7 Fälle verschiedenartigster Fisteln, ausgenommen nach Knochen- und Gelenkerkrankungen, wurden geheilt. Von 18 Fisteln nach Knochen- und Gelenkerkrankungen, welche mit Ausnahme dreier Fälle tuberkulöser Natur waren, wurden 12 erfolgreich behandelt, 1 Fall blieb zweifelhaft, bei 5 Patienten versagte die Therapie. Die Heilung einzelner Fisteln geschah in überraschend kurzer Zeit.

Um der Gefahr der Nitritvergiftung zu begegnen, hält Brandes Versuche, das Bismutum subnitricum durch andere Verbindungen zu ersetzen, z. B. durch das schon von Röntgenologen empfohlene Bismutum carbonicum, für wünschenswert.

Die Gefahr einer Eiterretention suchte man dadurch zu vermeiden, daß man einen sterilen Katheter oder ein Gummidrain in den Hauptgang der Fistel so weit wie nur möglich einführte und dann durch diese die Auffüllung der Fistel mit Salbe vornahm. Während man den Katheter langsam aus der Fistel vorzieht, wird dauernd weiter Salbe eingespritzt. Diese Methode des Fistelauffüllens hat auch den Vorzug, daß man mit kleinen Einzeldosen der Salbe behandeln kann, indem man zunächst die tiefsten Partien der Fistel-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gänge ausfüllt und erst bei den späteren Einspritzungen die Salbe in die vorderen Teile der Fistel bis schließlich zu ihrer Öffnung auf der Hautoberfläche bringt. Wiederholt wurden in spondylitische Fisteln, welche am Oberschenkel mündeten, die Katheter 20—30 cm tief eingeführt. Vor der Injektion sorgte man dafür, daß die Fisteln möglichst sekretfrei waren, in den meisten Fällen wurde tagelang regelmäßig mit Klappschen Saugglocken gesaugt, bevor man die ersten Salben injizierte. Vor der Injektion sind Bäder zu vermeiden, da man für möglichste Trockenheit in den Fisteln sorgen muß.

Joachimsthal.

Voemel, jun. (Frankfurt a. M.), Ein neuer Nabelverband für Neugeborene. (Zentralblatt für Gynäkologie 1910. Nr. 24.) „Der Verband besteht aus einer runden, 5,8 cm (sic!) im Durchmesser messenden Kompresse aus vierfach gelegtem, nicht zu engmaschigem, sterilem Mull, der nach Belieben mit einem antiseptischen Pulver, wie Dermatol, Xeroform oder Vioform imprägniert werden kann, und einem Pflasterring, der einen inneren Durchmesser von 3,5 cm und einen äußeren von 7 cm besitzt.“ Die Verpackung in geteilten Pappdosen (mit Hilfe der Firma Achenbach in Frankfurt a. M.), die immer 12 Verbände enthalten, sichert die Keimfreiheit. Die Anlegung über den kurz geschnittenen Nabelschnurrest ist ähnlich wie beim Impfschutz. — Verf. hat den Verband seit über 1 Jahr an etwa 1000 Neugeborenen in der geburtshilflichen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. erprobt, keinerlei Nachteile beobachtet und empfiehlt ihn für weitere Versuche. Wegscheider.

M. Heidemann (Heidelberg), Über Gewichtsschwankungen Neugeborener mit besonderer Berücksichtigung der Resultate bei vierstündlichem Anlegen. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1911. Bd. 33. Heft 2.) Die Ergebnisse seiner Beobachtungen an einer Reihe von Säuglingen faßt Verf. etwa folgendermaßen zusammen: Die Gewichtsschwankungen der Neugeborenen bei vierstündlichem Anlegen mit Ausnahme der Fälle, in denen pathologische Verhältnisse irgendwelcher Art andere Ernährungsmethoden erforderten, waren durchaus günstig. Zu einem Vergleiche mit den Ergebnissen bei dreistündlichem Anlegen fehlte leider geeignetes Material; denn es ist nur dann möglich, einen solchen völlig einwandsfrei anzustellen, wenn an einer Klinik längere Zeit hindurch die Säuglinge abwechselnd, der eine drei-, der andere vierstündlich, angelegt werden, was natürlich strenger Kontrolle bedarf. Ein Vorteil des vierstündlichen Anlegens besteht darin, daß Mutter und Kind auf diese Weise eine längere Ruhepause zwischen den einzelnen Mahlzeiten haben; sodann werden die Brustwarzen nicht so häufig in Anspruch genommen und dadurch Rhagaden und Mastitis leichter verhütet, und schließlich hat dies Verfahren noch große Bedeutung auf sozialem Gebiet(?); denn bei Einhaltung der vierstündlichen Mahlzeiten ist selbst den Müttern, die sich ihr Brot durch eigener Hände Arbeit erwerben müssen, die Möglichkeit gegeben, ihre Kinder selbst zu stillen und sie nicht frühzeitig künstlich zu ernähren, d. h. in den weitaus meisten Fällen dem Siechtum und Tode preiszugeben. Wegscheider.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

R. Silbermann, Zur Kasuistik der Essigsäurevergiftung. (Aus dem gerichtlich-medizin. Institut der deutschen Universität Prag.) (Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1911. Nr. 4.) Der zur Obduktion gekommene Fall, der dritte des Verf., betrifft ein 2jähriges Kind, das aus einer Essigsäure enthaltenden Flasche getrunken hatte und am nächsten Tag gestorben war. Neben gelbbraunen Schorfen an beiden Mundwinkeln fand sich eine Verätzung des Zungengrundes usw., der Speiseröhre und des Magens, der weißgrau verätzt war; im Bereich der großen Kurvatur, etwas unterhalb der Kardia, ein blauschwarzer, festhaftender Schorf. Die Magenschleimhaut war vollständig erhalten.

Da nun die Veränderungen im Magen als dem Sitz der intensivsten Einwirkung des Agens zweifellos solche waren, wie sie nur die stärksten Säuren, wie Schwefelsäure und unter Umständen auch Salzsäure zu erzeugen imstande sind, liegt die Frage nahe, ob es auf Grund des bloßen Obduktionsbefundes möglich ist, eine Vergiftung durch Essigsäure von einer solchen durch Schwefelsäure bzw. Salzsäure zu unterscheiden. Es hat sich nun gezeigt, daß mit Ausnahme des die Essigsäure verratenden stechenden Geruches kein Moment diese Unterscheidung zugelassen hätte, da gewisse, gerade der Schwefelsäurevergiftung eigentümliche Veränderungen, wie Trockenheit und Brüchigkeit der Magenwand, nicht regelmäßig gefunden werden. Sonach wäre der Befund bei Essigsäurevergiftung ungemein dem der Schwefelsäure- bzw. Salzsäurevergiftung ähnlich, eine Tatsache, die bisher in der Literatur noch nicht genügend gewürdigt ist.

H. Netter (Pforzheim).

Behrendt, Tödliche Vergiftung durch amerikanische Pastillen, enthaltend Methylsalizylsäure und Strychnin. (Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1911. Nr. 4.) Auf eine amerikanische Schwindelannonce hin hatte sich der Tischler R. eine Schachtel Tabletten besorgt, die er, weil er der Sache kein großes Zutrauen entgegenbrachte, im Küchenschrank verwahrte. Nach einem halben Jahr kamen die beiden Kinder daran, $2^1/_2$ und $1^1/_2$ Jahr alt. Das ältere aß einige Tabletten und gab auch mehrere den jüngeren. Kurze Zeit darauf fiel dieses in Krämpfe und verstarb nach $1^1/_2$ Stunden. Die im Mageninhalt vorgefundenen Tabletten waren außen weißglänzend und wiesen beim Durchschneiden eine äußere, aus Zucker und Mehl bestehende Deckhülle und einen gräulich-bräunlichen Inhalt von starkem Wintergrünölgeruch und -geschmack auf. Jede Tablette wog 0,4 g; aus 4 Tabletten konnten noch 0,015 g Methylsalizylsäure ausgeschieden werden. Nach dem Befund sind von dem Kind mindestens 6 Tabletten verzehrt worden, so daß es also mindestens 0,0225 g Methylsalizylsäure genommen hat. Die chemische Untersuchung wies aber weiterhin Strychnin nach. Aus Versuchen an Fröschen ergab sich ein Strychningehalt pro Pastille von 0,03 mg. In 6 Pastillen hat demnach das Kind 0,18 mg Strychnin gegessen. Wintergrünöl, Oleum Gaultheriae, ist Salizylsäuremethylester und wird in Amerika viel als Heilmittel, auch als Abortivum gebraucht. Das andere Kind blieb gesund.

Da dem Reichstag gegenwärtig der Entwurf eines Gesetzes gegen Mißstände im Heilgewerbe vorliegt, so illustriert der vorliegende Fall

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum kleinen Teil die darin herrschenden Mißstände: Strychninhaltige Pastillen dürfen im Inland als Heilmittel nur auf schriftliche Anweisung eines Arztes an das Publikum abgegeben und außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden, aber aus dem Ausland kann man sie, ohne sich einer Übertretung schuldig zu machen, beziehen, ohne daß man ihre Gefährlichkeit kennt.

H. Netter (Pforzheim).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

J. v. Bokay, Die Heilwirkung des Salvarsans bei der Lues des Kindesalters. (Aus der Univers.-Kinderklinik zu Budapest.) (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 17.) Die 26 behandelten Fälle verteilten sich dem Alter nach folgendermaßen:

von 0—1	Jahr	=	13 Fälle
„ 1—2	„	=	4 „
„ 2—3	„	=	1 Fall
„ 4—5	„	=	2 Fälle
„ 8—9	„	=	2 „
„ 10—11	„	=	4 „

Von den 26 Fällen betrafen 23 Lues congenita, 3 akquirierte Lues.

Von den an Lues congenita leidenden Kranken standen 13 unter einem Jahre, 10 jenseits des ersten Jahres.

Die Altersverteilung der 13 Säuglinge nach Monaten war wie folgt:

> 2	Monaten	=	5 (minimales Alter 5 Wochen)
2—3	„	=	4
3	„	< =	4

Es handelte sich in allen 13 Fällen um ziemlich gut entwickelte und genährte, insgesamt von den Müttern gestillte Säuglinge, welche samt den Müttern im Spitale aufgenommen wurden. Der Spitalsaufenthalt betrug 10—14 Tage, die weitere Beobachtung war eine poliklinische.

Salvarsandosis: 0,008 bzw. 0,01 g pro Kilo Körpergewicht; über letztere Dosis wurde nicht hinausgegangen, da sie sich als wirksam erwies.

In den Fällen, wo die Besserung nicht befriedigte, stellte B. mit Rücksichtnahme auf den Zustand des Kindes die Indikation einer wiederholten Injektion nach 3—5 Wochen auf, ausgenommen den ersten Versuch, in welchem B. wegen der fehlerhaften Technik die zweite Injektion schon nach 11 Tagen vornahm. Die Dosis der zweiten Injektion bestimmte B. unabhängig von der ersten nach dem jeweiligen Körpergewicht. Die Indikationen einer solchen zweiten Injektion bildeten: 1. Der langsame Rückgang der Symptome und 2. die Standard-Positivität der Wassermannschen Reaktion. In 10 Fällen wurde wiederholt injiziert.

Intravenöse Injektion wandte B. mit Rücksicht auf das Alter der Patienten in keinem einzigen Falle an; er applizierte im Anfange mit Ausnahme eines Falles, in welchem eine schwere Dermatitis der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Glutäalregion bestand und B. daher die Injektion unter dem Rippenbogen subkutan gab, die Injektionen intramuskulär in die Glutäalmuskeln. Später geschah die Injektion der Salvarsanemulsion noch in 3 Fällen subkutan. Wegen der anfangs allzu großen Flüssigkeitsmenge (12—17 ccm) verabreichte B. die Injektionen in beide Hinterbacken, später aber, als bedeutend geringere Mengen, durchschnittlich 7 ccm, zur Injektion gelangten, nur in die eine.

Das Verfahren bei Bereitung der Flüssigkeit war ein verschiedenes. In den zwei ersten Fällen wandte B. die von Ehrlich empfohlene Methode der Methylalkohollösung an und injizierte die genau neutralisierte, ja sogar ein wenig alkalisierte Lösung. Von dieser Methode stand er aber wegen der an der Prager dermatologischen Klinik gemachten unangenehmen Erfahrungen ab. Die auf ähnliche Weise bereitete Glykollösung verließ B. alsbald wegen der großen Flüssigkeitsmenge (12 ccm) und der durch sie hervorgerufenen schmerzhaften Infiltrationen.

Später benützte er ausschließlich die von Wechselmann empfohlene, mittels Essigsäure und Natronlauge bereitete neutrale Suspension. Bei dieser war die Infiltration verhältnismäßig weniger hochgradig, verschwand auch ziemlich rasch und bereitete in der Mehrzahl der Fälle den Kranken keine Leiden.

Das Körpergewicht der behandelten Säuglinge zeigte nach Anwendung des Salvarsans folgende Veränderung:

1.	Fall	nahm	in	3	Monaten	3100 g	zu
3.	„	„	„	3	„	2200 „	„
4.	„	„	„	3	„	1500 „	„
5.	„	„	„	$2^1/_2$	„	1500 „	„
6.	„	„	„	$1^1/_2$	„	1500 „	„
7.	„	„	„	$1^1/_2$	„	500 „	„
8.	„	„	„	1	„	900 „	„
9.	„	„	„	1	„	90 „	„
10.	„	„	„	1	„	250 „	„

Die Gewichtszunahme kann daher bei einem guten Teil der Säuglinge als ziemlich günstig angesprochen werden, was B. um so mehr hervorheben muß, da bei Quecksilberbehandlung die Gewichtszunahme ziemlich lange unter dem Mittel zu bleiben pflegt.

Bei makulo-papulösem Exanthem trat im Anschluß an die Injektion in jedem Falle eine solche augenscheinliche Veränderung in kurzer Zeit ein, daß schon hieraus auf die unzweifelhafte Heilwirkung des Salvarsans geschlossen werden konnte. Besonders auffallend war die rasche Epithelisierung exulzerierter Papeln, welche nicht selten schon nach 3—4 Tagen erfolgte.

Ähnlich günstige Erfahrungen machte B. bei breiten Kondylomen, die ungewöhnlich rasch zurückgingen. Ebenso Rhagaden der Lippe, schmierige Geschwüre der Mund- und Rachenhöhle, Coryza, Keratitis parenchymatosa, Paronychien, Osteochondritis usw.

Es zeigte sich, daß in befriedigendem Zustande befindliche, natürlich genährte Säuglinge, das Salvarsan, 1 cg auf 1 kg Körpergewicht genommen, intraglutäal appliziert, ohne Schaden und gut vertragen. Das in Behandlung gewesene Säuglingsmaterial ist sehr geeignet

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dazu, jene Befürchtungen, die direkte Anwendung des Salvarsans bei Säuglingen betreffend, welche Prof. Ehrlich selbst auf der Frankfurter Versammlung so betonte, zu zerstreuen.

Auf Grund seiner Erfahrungen ist B. der Meinung, daß das „606" bei der Lues des Kindesalters, des Säuglingsalters mit inbegriffen, in betreff der Raschheit der symptomatischen Heilwirkung die Quecksilberpräparate übertrifft. Ob die Wirkung von Dauer ist, darauf kann natürlich nur eine längere, auf Monate sich erstreckende, genaue Beobachtung der Fälle Antwort geben. Drei Rezidive weisen jedenfalls darauf hin, daß die Einzelheiten der Salvarsanbehandlung heute auch bei der Heilung der Lues des Kindesalters noch nicht endgültig festgestellt sind. Grätzer.

R. Neurath, Abdominelle, auf Pankreatitis hinweisende Symptome bei Mumps. (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 19.) Gestützt auf seine eigenen Beobachtungen und auf die bisher vorliegenden Fälle anderer Autoren, kommt N. zu folgenden Schlüssen:

Im Verlaufe der epidemischen Parotitis kommt es mitunter, und zwar meistens zwischen dem zweiten und achten Krankheitstage, zu einem Symptomenbilde abdomineller Erscheinungen, das klinisch als sekundäre akute Pankreatitis imponiert, jedoch mangels autoptischer Befunde und ohne positive Resultate der Funktionsprüfung des Pankreas nicht mit Sicherheit zu verifizieren ist. Mit oder ohne Fiebertemperatur setzen plötzlich, meist unter Übelkeit und Erbrechen, heftige Bauchschmerzen ein, die oberhalb des Nabels zwischen Epigastrium und linkem Hypochondrium lokalisiert werden. Dieser Gegend entspricht auch eine ausgesprochene Druckempfindlichkeit, manchmal eine perkutorische oder auch palpatorisch nachweisbare, diffuse Resistenz. Das übrige Abdomen ist schmerzfrei, eine Défense musculaire besteht nicht. In einer Zahl von Fällen findet sich eine ausgesprochene Bradykardie. Der Urin ist immer frei von Zucker, die Stuhluntersuchung auf tryptisches Ferment wurde bisher in einem Falle mit negativem Erfolg vorgenommen. Manchmal kommt es zur Entleerung von Blut, manchmal zum Abgang von fettigen und ölartigen Massen mit dem Stuhl, dem Ausdruck gestörter Pankreasfunktion. Die Dauer dieser Komplikation, die immer eine gute Prognose gibt, beträgt gewöhnlich wenige Tage. Auch Fälle von primärer oder isolierter Pankreatitis als Ausdruck der Mumpsinfektion kommen — nach der Literatur zu schließen — vor, sind jedoch nur bei bestehender Epidemie und nachgewiesener Infektionsgelegenheit deutbar. Die mancherseits ausgesprochene Annahme einer ätiologischen Bedeutung der Mumpspankreatitis für einen später folgenden Diabetes mellitus ist bisher nicht gestützt. Grätzer.

Henri Caubet (Toulouse), L'hypertrophie mammaire de la puberté. (Archives de méd. des enfants, Mars 1911.) Die Pubertätshypertrophie der Mamma ist eine seltene Erscheinung, nichtsdestoweniger ist das Kennen derselben von Wichtigkeit. Die Krankheit beginnt meist ohne jede sichtbare Veranlassung und ohne jeden Schmerz. Der Anfang wird in den meisten Fällen nicht beachtet, und erst wenn die Brust eine allzu große Entwicklung nimmt, wird

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

man auf den Zustand aufmerksam. Die Hypertrophie nimmt einen raschen Verlauf, und in wenigen Wochen oder Monaten können die Brüste bis zum Nabel oder auch tiefer reichen. In seltenen Fällen entwickeln sich Abszesse in den vergrößerten Drüsen, sonst aber findet man nur eine übermäßige Vergrößerung derselben ohne jedwede Entzündungserscheinung. In den meisten Fällen treten Störungen im Allgemeinbefinden der Kranken auf; dieselben magern ab, werden anämisch, verlieren den Appetit, und es treten Störungen in der Menstruation auf. Letztere sind fast konstant, derart, daß manche Autoren in denselben den Grund der Krankheit suchen wollten, doch handelt es sich wahrscheinlicher um eine Folgeerscheinung auf Grund des herabgekommenen Körperzustandes.

Es wurde eine günstige Einwirkung von Schwangerschaften auf diese hypertrophische Drüsen wahrgenommen, ohne daß aber dieselben wieder ihr früheres Volumen erlangt hätten. Auch hat die Amputation der einen Mamma ausnahmsweise die Zurückbildung der anderen nach sich gezogen.

Die Prognose dieser Krankheit ist eine sehr ernste, denn diese setzt oft die Kranken in Lebensgefahr.

Die Behandlung ist eine chirurgische und besteht in Ablation der vergrößerten Brüste. Hierauf bessern sich sehr rasch auch die Allgemeinerscheinungen. E. Toff (Braila).

P. Haushalter (Nancy), Purpura subaigu et tuberculose. (Archives de méd. des enf. Mai 1911.) Es handelte sich bei dem betreffenden 7jährigen Mädchen um eine mit Nasenbluten einhergehende Purpura von 6monatiger Dauer, bei welchem nach und nach sich ein kachektischer Zustand entwickelt hatte, dann hatten erhöhte Temperaturen eingesetzt, es traten Zeichen von Meningitis auf und endlich der Tod. Bei der Sektion fand man alte und neue tuberkulöse Herde, und zwar erstere unter der Form von peritracheobronchitischen Drüsenschwellungen mit Verkäsungen mehrerer Drüsen, und letztere als miliare Tuberkel in der Lunge, der Milz und Leber.

Wie schon von Bensaude und Rivet hervorgehoben worden ist, scheinen gewisse Verbindungen zwischen Purpura und Tuberkulose zu bestehen, und der vom Verf. angeführte Fall scheint ein weiterer Beweis hierfür zu sein; es fragt sich nur, auf welche Weise der Kochsche Bazillus oder seine Toxine die erwähnten purpurischen Veränderungen zustande kommen lassen. E. Toff (Braila).

W. Markuson et **W. Agopoff** (Moscou), De la valeur des injections préventives du sérum antidiphtérique. (Archives de méd. des enf. 1911. Nr. 5.) Die Verfasser haben bei einer größeren Anzahl von masernkranken Kindern präventive Einspritzungen mit antidiphtherischem Serum gemacht und die Resultate mit jenen verglichen, die in dem betreffenden Krankenhause ohne solche Einspritzungen erzielt wurden. Es zeigte sich, daß nicht nur durch diese Injektionen keinerlei vorbeugende Erfolge erzielt wurden, sondern daß merkwürdigerweise die injizierten Kinder einen größeren Prozentsatz von Diphtherieinfektion zeigten, als die nicht eingespritzten. Es kann dies wohl zufällig sein, jedenfalls muß aber hieraus der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schluß gezogen werden, daß von einer präventiven Wirkung nicht die Rede sein kann. So wurden z. B. im Laufe von vier Jahren 1178 Masernkranke immunisiert, und hiervon erkrankten 60 an Diphtheritis, während von 1156 Masernkranken, die während einer gleichen Zeitperiode in Behandlung standen, aber nicht immunisiert wurden, nur 58 erkrankten. Man konnte sogar beobachten, daß während der ersten und zweiten Woche nach der Einspritzung, wann also die Immunität am größten sein mußte, der Prozentsatz der Erkrankungen an der in Rede stehenden Krankheit ein größerer war, als bei den nicht immunisierten Kindern. Auch die Mortalität wurde keineswegs durch die präventiven Einspritzungen beeinflußt. Jedenfalls kann also gesagt werden, daß bei Masernkranken durch die präventiven antidiphtherischen Einspritzungen eine Immunität gegenüber der Diphtherie nicht erzielt werden kann, und daß also die Vornahme derselben unterbleiben sollte.

Was die Prophylaxis der Diphtherie anbetrifft, so muß den hygienischen Maßregeln in der Bevölkerung und in den Spitälern eine viel größere Beachtung geschenkt werden, als den präventiven Einspritzungen. E. Toff (Braila).

A. Laffont, Paludisme congénital et paludisme héréditaire. (Thèse de Paris, 1910.) Der Verf. gelangt auf Grund von 47 Beobachtungen zum Schlusse, daß die Malariaplasmodien von der Mutter auf den Fötus übertragen werden können, obwohl die näheren Umstände dieser Übertragung nicht näher bekannt sind und man bei der Untersuchung eines Mutterkuchens nicht sagen kann, ob derselbe für Plasmodien durchlässig ist oder nicht. Im großen uud ganzen kann man sagen, daß Tertian- und Quartanfieber hauptsächlich übertragbar sind, doch muß man nicht glauben, daß gerade die schweren Fieberfälle sich übertragen. Es kommt dies gerade so gut auch bei leichten paludischen Infektionen der Mutter vor, doch scheint das Auftreten derselben im letzten Drittel der Schwangerschaft die Übertragung besonders zu begünstigen.

Die so häufigen Fälle von Abortus und Frühgeburt im Laufe der Malaria scheinen einerseits auf direkte Einwirkung des Plasmodiums oder auch seiner Toxine zu beruhen, da die erhöhte Temperatur und der Schüttelfrost nicht genügend sind, um diese Vorkommnisse zu erklären. Die hereditäre Malaria kann angeboren oder in den ersten Lebenstagen auftreten; dieselbe kann in akuter oder chronischer Form verlaufen. Die Prophylaxis besteht in Verabreichung an die schwangeren Frauen von 0,15—0,25 Chinin, oder falls die Krankheit bei ihnen bereits manifest ist, in einer intensiveren Behandlung. Auf diese Weise kann man in von Malaria heimgesuchten Gegenden dem hereditären Sumpffieber in wirksamer Weise entgegenarbeiten. E. Toff (Braila).

G. Paul Boncour, Sur la nature et le pronostic des terreurs nocturnes. (Progrès méd. 1910. Nr. 52.) Der Pavor nocturnus ist ein Symptom, welches eine erhöhte Reizbarkeit der nervösen Zentren anzeigt; es hat die verschiedensten Ursachen, kann ein Symptom der tuberkulösen Meningitis oder anderer meningitischer

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Affektionen sein und ist dann von Lymphozytose im Liquor begleitet. Jedenfalls bietet es nicht immer die günstige Prognose, die man ihm für gewöhnlich zuschreibt. Öfter als man denkt würde man bei genauerer Untersuchung meningeale Reaktionen finden. Selten ist der Pavor nocturnus alleiniges Krankheitszeichen, meist ist noch Unruhe und psychomotorische Inkoordination damit verbunden. Eine intellektuelle Hygiene bildet die hauptsächlichste Therapie.

Kurt Mendel (Berlin).

G. Delamare et **A. Cain,** Un cas de méningo-épendymite séreuse tuberculeuse de nourrisson. (Revue neurol. 1910. Nr. 23.) 8 Monate alter Säugling mit Tuberkulose der Zervikalganglien, der Lungen, Leber und Milz und Meningo-ependymitis serosa. Klinisch: Obstipation, Kontrakturen, Koma. Keine Nackensteifigkeit, kein Kernigsches Zeichen, kein Eingezogensein des Abdomens.

Vordere Fontanelle gespannt. Erhöhter Druck des Liquor cerebrospinalis.

Kurt Mendel (Berlin).

Lesfeur, Ein neuer Fall von Nephrotyphus (Typhus mit plötzlich beginnender Hämaturie). (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1911, 3. Febr.) L. berichtet über einen Fall von Typhus (familiäre Übertragung, positive Serodiagnose, Milztumor usw.) von mittlerer Intensität, der bei einem 14jährigen Mädchen ganz plötzlich begann mit den Erscheinungen von Nephritis (Nephralgie, Cephalea, Hämaturie, Hypertrophie der linken Niere), in Heilung ausging, mit einer leichten Albuminurie während der Rekonvaleszenz.

H. Netter (Pforzheim).

F. Raymond und **H. Claude,** Les tumeurs de la glande pineale chez l'enfant. (Bulletin de l'Académie de méd. Sitzung vom 15. März 1910.) Die höchst interessante Mitteilung betrifft einen 10jährigen Knaben, bei dem drei Jahre zuvor Zeichen eines Gehirntumors aufgetreten waren: Cephalea, Erbrechen, Herabsetzung der Sehschärfe und außerdem Allgemeinerscheinungen, Adipositas, anormale Entwickelung von Körperlänge — 1,38 m — Gewicht 39 kg (nach der Statistik von Variot und Chaumet auf Grund der Untersuchung von 4400 Schulkindern der Stadt Paris beträgt das Gewicht eines 10—11jährigen 25—26 kg) und eine ungewöhnlich starke Behaarung der Genitalien, diese selbst sehr dürftig, die Hoden sehr klein. Auf der Oberlippe und auf den Wangen ein leichter Flaum. Nach mehreren Phasen der Ruhe und Verschlimmerung nahm der Kopfumfang in brüsker Weise zu, die Blindheit wurde vollständig, während gleichzeitig alle vier Gliedmaßen nahezu gänzlich gelähmt wurden. Ende Oktober 1909, nach einer Beobachtungszeit vom 1. Mai 1909 an, Tod im Koma. — Die schon intra vitam auf einen Tumor der Hypophysis gestellte Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt: sie zeigte einen gliomatösen Tumor, der die Gegend der Epiphyse einnahm und auf Kosten dieser Drüse sich entwickelt hatte.

Das Gehirn war enorm, der Ventrikel im höchsten Grad erweitert. Die durch die untere Wand des in die Sella turcica wie ein kleiner Ballon eingetriebenen dritten Ventrikels komprimierte Hypophyse war

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um zwei Drittel ihres Volumens verkleinert. Die Nebennieren waren hypertrophisch, und die histologische Untersuchung zeigte die Merkmale der funktionellen Übertätigkeit. Die Schilddrüse war normal; die Hoden, klein, enthielten eine große Zahl interstitieller Zellen.

Die Diagnose der Tumoren der Glandula pinealis beim Kinde stützt sich, nach Raymond, auf das gleichzeitige Auftreten von Symptomen, die auf die Alteration mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion hinneigen, und auf die Erscheinungen von Hydrozephalie. Wenn dies in gewissen Fällen die außerordentliche Entwickelung der Geschlechtsorgane ist, welche die Aufmerksamkeit erregt und manche Autoren veranlaßt hat, sie mit einer funktionellen Hypertrophie der Hypophyse in Beziehung zu bringen, so hat man in anderen Fällen nur eine diskordante Entwickelung der Genitalorgane beobachtet: überreichliche Behaarung und Atrophie von Penis und Hoden. Es ist möglich, daß in manchen Fällen, zu gleicher Zeit wie eine gesteigerte Tätigkeit gewisser Drüsen, eine funktionelle Insuffizienz gewisser anderer beobachtet wird. In Summa besteht das klinische Bild der Tumoren der Hypophyse in der Verbindung von Erscheinungen einer sehr ausgesprochenen Hydrozephalie und auf pluriglanduläre Veränderungen hinweisenden Symptomen, einem Symdrom von Insuffizienz oder Hyperfunktion, je nach den Fällen in verschiedener Weise gemischt.

Von den 9 Abbildungen zeigen zwei den Kranken selbst mit dem großen Kopf, der forcierten Beugung des linken Unterarmes und der Entwickelung des Haarkleides; die übrigen den Gehirnsitus in toto, und auf verschiedenen Schnitten den histologischen Bau der Geschwulst und der Hypophyse. H. Netter (Pforzheim).

Herbert Wilkens, Subkutanes Emphysem bei einem Neugeborenen. (Brit. Journ. of Childr. dis. 1911. Februar.) Mit Achsenzugzange geborenes und durch künstliche Respiration zum Atmen gebrachtes Kind bekommt am zweiten Tag akutes Ödem von Kopf, Brust und Skrotum. Am vierten Tag tritt an Stelle des Ödems rasch ein subkutanes Emphysem über Kopf und Brust. Das Kind konnte noch gut schlucken, war aber ganz aphonisch. Atmung leicht stridulös. Kein Husten. Das Emphysem steigerte sich zu heftiger Dyspnoe. Unter heißen Packungen, Alkohol, Vin. Ipecac. besserte sich der Zustand bis zum nächsten Tag, so daß von der schon für nötig erachteten Tracheotomie Abstand genommen wurde. Das Kind nahm wieder Nahrung. Am folgenden Tag war das Emphysem noch weiter zurückgegangen, das Kind konnte wieder laut schreien. Von da ab rasche und ungestörte Rekonvaleszenz. Die Entstehungsursache des Emphysems blieb unaufgeklärt.

Verf. erinnert an einen 1904 von Kirchgessner (Münch. med. Wochenschrift) mitgeteilten Fall. Hier war bei dem durch Wendung geborenen, schwer asphyktischen Kind direkt nach der Geburt subkutanes Emphysem der linken Brustseite aufgetreten, das in den nächsten zwei Tagen sich nach vorn, hinten und oben ausdehnte. Rückgang desselben vom sechsten Tag ab, am zehnten war alles verschwunden. Keine Rippen- oder Schlüsselbeinverletzung. K. nimmt

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an, daß ein interstitielles Lungenemphysem, das durch eine während der Geburt einsetzende intrauterine Atmung hervorgerufen wurde, via vorderes Mediastinum sich weiter fortgepflanzt hat.

H. Netter (Pforzheim).

James H. Segneira, Notiz über vier mit „606" behandelte Fälle von hereditärer Syphilis. (Brit. Journ. of Childr. dis. 1911, Febr.) Bericht über vier erfolgreich behandelte Fälle. Drei Kranke waren Säuglinge von zwei, vier Wochen und einem Monat. Das erste erhielt die Injektion direkt, die beiden anderen wurden durch Injektionen der Mütter, die ihre Kinder nährten, behandelt. Der vierte war ein 15jähriger Junge.

Die erste Beobachtung ist die interessanteste, denn das Kind war moribund. Die syphilitische Eruption hatte den ganzen Rumpf getroffen, eine allgemeine Desquamation fand sich. Da die Mutter schwer krank war, konnte sie nicht injiziert werden. Darum erhielt das Kind zwei Einspritzungen, die erste von 0,02 g, intramuskulär, am 14. Oktober, die zweite von 0,06 g am 31. Oktober. Das dabei erzielte günstige Resultat lehrt, daß in schweren Fällen die direkte Injektion vorzuziehen ist.

Die intermediär (von der Mutter aus) behandelten Kinder bieten ein großes theoretisches Interesse, namentlich der zweite Fall. Die Mutter zeigte eine negative WR, obwohl sie zwei Jahre zuvor sichere Syphilis gehabt hatte und ihr Kind sicher syphilitisch war. Muß man annehmen, daß die im mütterlichen Organismus gebildeten Antikörper in genügender Menge vorhanden waren, um mit der Milch ausgeschieden zu werden, wiewohl die WR negativ war? Oder darf man vielmehr annehmen, daß die durch die Brustdrüse ausgeschiedene Menge „606" zur Heilung des Kindes genügte, während die Mehrzahl der Autoren gefunden haben, daß das von der Mutter absorbierte und mit der Milch ausgeschiedene Arsen ganz unbedeutend oder gar gleich null wäre?

Ob die Sterilisation des Organismus der mit „606" behandelten Säuglinge eine definitive ist, hält S. trotz des günstigen Resultats für nicht erwiesen. Bei den Säuglingen konnte die WR nicht ausgeführt werden wegen der Schwierigkeiten, welche die Entnahme einer genügenden Menge Blut bietet; bei dem 15jährigen Jungen blieb die Reaktion positiv.

H. Netter (Pforzheim).

E. H. R. Harries, A note on some cases of grouped Comedones in infants. (British Journ. of Dermat. Januar 1911). Die vier hier berichteten Fälle von gruppierten Comedonen an den hervorragenden Seiten des Gesichts, einmal außerdem am Halse, betrafen stets an der Brust genährte männliche Kinder aus niederem Stande, welche in wenig sauberem Zustande wegen anderer Erkrankungen (Kinderkrankheiten oder Diarrhoe) ins Hospital gebracht wurden. Unter den regelmäßigen Waschungen und sonstiger reinlicher Bettung und Pflege im Krankenhaus verschwanden die Comedonen bald. Die Lokalisation der Eruption, sowie die Tatsache, daß es stets Brustkinder waren, legten die Vermutung nahe, ob die Krankheitsursache in dem groben, wollenen, schwer zu reinigenden Tuche zu suchen sei,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in welches die Londoner Arbeiterfrauen sich zugleich mit dem Kinde einzuhüllen pflegen. Max Joseph (Berlin).

G. Finizio, Die Ungleichheit der Brüste in ihrer Beziehung zur Quantität und Qualität der Milch. (Pediatria, Nr. 11. 1910.) Von 100 Frauen hatten gleiche Brüste 15, die rechte Brust war voluminöser bei 45, die linke bei 40. Die Qantität der Milch wurde bei 70 Frauen geprüft; es ergab sich, daß bei gleicher Größe verschiedene Milchmengen sezerniert werden können, ja sogar, daß die kleinere Brust mehr Milch geben kann als die größere; die linke Brust ist im Durchschnitt milchreicher als die rechte. Eingehende qualitative Milchuntersuchungen ergeben keine Beziehungen zwischen Brustgröße, Quantität und Qualität der Milch. Dagegen ergeben sich nicht selten Unterschiede zwischen der Milch beider Brüste, die in erster Linie den Fettgehalt, dann den Gehalt an Milchzucker, Eiweiß und am wenigsten an Asche betrafen.

M. Kaufmann.

S. Cannata, Nephritis nach Parotitis. (Pediatria, No. 12, 1910.) Kasuistische Mitteilung (4jähr. Kind.) Es existieren in der Literatur nur ca. 40 Beobachtungen, davon sehr wenige bei Kindern.

M. Kaufmann.

L. Concetti, Klinischer Beitrag zum Studium der Atonia muscularis congenita Oppenheim. (Riv. di Clin. ped. Nr. 1, 1911.) Verf. schildert 7 Fälle der Affektion; die Kinder standen im Alter von 2—30 Monaten. Das Bild der Krankheit entsprach in allen Fällen dem von Oppenheim aufgestellten. Mehr ausgesprochen war nur ein Zustand gestörter körperlicher und geistiger Entwickelung, zu beziehen auf Hypothyreoidismus und vielleicht sogar auf mangelhaftes Funktionieren aller Drüsen mit innerer Sekretion. In fast allen Fällen bestand übermäßiger Fettansatz, in 4 Oedema durum, in 2 rauhe, schuppende Haut, bei 2 mangelhafte, bei 2 völlig fehlende psychische Entwickelung, bei 1 rudimentäre Genitalien, bei 1 Mongolentypus. In einem und vielleicht auch einem zweiten Fall waren 2 Geschwister befallen. Wenn auch in 1 Fall ohne Schilddrüsenbehandlung leichte Besserung eintrat, besserten sich rasch und ausgesprochen doch nur die 3 Fälle, in denen diese Behandlung durchgeführt wurde. M. Kaufmann.

G. B. Allaria, Die Wirkung des Säuglingsspeichels auf die Lab- und Pepsinverdauung in vitro. (Riv. di Clin. ped. Nr. 1, 1911.) Die Hinzufügung von Speichel gesunder wie kranker Säuglinge zu roher Kuhmilch verzögert sehr ausgesprochen die Labgerinnung, so daß die Milch oft noch nach 2—3 Stunden ungeronnen war. Die Intensität der Wirkung geht im allgemeinen der zugefügten Speichelmenge parallel und ist bei verschiedenen Speicheln verschieden. Erhitzung stört die Wirkung nicht. Dieselbe Einwirkung wie Speichel hat übrigens destilliertes Wasser. Die Ursache des Phänomens liegt in physikalischen Momenten, besonders in der Verminderung der Konzentration der H-Ionen, die der Speichel in der Milch bewirkt. Auf die Pepsinverdauung übt der Speichel in vitro keine Wirkung aus.

M. Kaufmann.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

M. Gorbenko, Ein Fall von Spina bifida, kompliziert durch einen Hydrocephalus. (Wratsch. Gazeta. 1910. Nr. 42.) Es handelt sich um das einjährige Kind eines Bauern, das wegen einer $1^1/_2$ bis faustgroßen Geschwulst in der Lumbalgegend im Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Durchmesser des Tumors betrugen 22 und 24 cm; derselbe ist sehr gespannt und sitzt breit auf. Inkontinenz von Harn und Stuhl. Der Kopf ist groß; die große Fontanelle ist rhombenförmig und offen. Das linke Auge schielt nach innen; der Kopfumfang beträgt $50^1/_2$ cm. Zweimalige Lumbalpunktion nach Quincke mit jedesmaliger Entleerung von 50 g einer hellen Flüssigkeit bleibt ohne wesentlichen Erfolg. Ungeachtet des Hydrocephalus wurde nach 2 Wochen zur Operation geschritten. Beckenhochlagerung, Tieflagerung des Kopfes. Freipräparierung des Sackes, Entleerung von 300 g klarer Flüssigkeit. Nach Reponierung der Nervenstämme wird der Sack reseziert und der Stumpf mit 6 Seidennähten versorgt. Über denselben kamen Periost- und Aponeurosenlappen, dann Hautnaht. Das Kind blieb 7 Tage in Beckenhochlagerung und mit tiefliegendem Kopf liegen. Am 8. Tage Entfernung der Nähte; prima intentio. Ein halbes Jahr nach der Operation ist an Stelle der Spina bifida eine derbe lineare Narbe zu sehen; der Kopfumfang beträgt $51^1/_2$ cm; auf den Nates ein etwa tellergroßes Ulcus, das seit 2 Monaten besteht. Parese des Darmes und der Blase dauert fort. Nach einem weiteren halben Jahr deutet nichts auf ein etwaiges Rezidiv der Spina bifida hin. Kopfumfang $51—51^1/_2$ cm; Fontanelle fast geschlossen. Das Kind spricht, steht und kann gehen, wenn es sich an irgend etwas festhält. Es macht sich dabei eine Parese der Flexoren geltend. Blasen- und Darminkontinenz dauern fort. Das Ulcus, das wahrscheinlich trophoneurotischer Natur ist, zeigt keine Tendenz zur Heilung. In Anlaß dieses Falles spricht sich der Autor gegen die von Mikulicz vertretene Auffassung aus, daß ein Hydrozephalus eine absolute Kontraindikation gegen die Operation bei gleichzeitig bestehender Spina bifida bilde.

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Offizielles Protokoll.

Pädiatrische Sektion.

(Nach der deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 13. März 1911.

Vorsitzender: Finkelstein.

1. Finkelstein: **Über Pachymeningitis haemorrhagica interna im Kindesalter.** An der Hand von sechs Fällen sowie den Präparaten von weiteren fünf Fällen erörtert der Vortragende die Anatomie und Klinik des Leidens und betont vor allem, daß es entschieden viel häufiger sei, als bisher angenommen wird, und daß wohl ein großer Teil der „rachitischen Hydrocephali" in Wirklichkeit hierher-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehören. Zur Diagnose ist die Fontanellenpunktion nötig. In der Ätiologie dürften bei Abwesenheit infektiöser Einflüsse vornehmlich kleine Traumen, vielleicht in Zusammenhang mit einer besonderen Disposition durch Schädelrachitis und durch die im Säuglingsalter bestehende Verwachsung zwischen Dura und Schädeldach von Bedeutung sein; manche Fälle dürften an Geburtstraumen anschließen. Gegen die Wiederkehr der Ergüsse scheinen sich Gelatineinjektionen zu bewähren.

2. Ludwig F. Meyer: a) **Zur Behandlung der akuten und chronischen Darmkatarrhe im Kindesalter.** Bei der Behandlung akuter und chronischer Darmkatarrhe jenseits des Säuglingsalters läßt die übliche Schonungsdiät (Mehlsuppenkost) häufig im Stich. Das Mehl vermehrt die abnormen Gärungserscheinungen im Magendarmkanal, und es kommt zu den Erscheinungen einer chronischen Gärungsdyspepsie. Dabei ist zu beachten, daß Fäulnisvorgänge in den Fäzes (alkalische Reaktion, fäulnisartiger Geruch) nicht gegen eine ursächliche Bedeutung der Kohlehydrate sprechen. — In Analogie zu den bei den Ernährungsstörungen des Säuglings und der schweren Verdauungsinsuffizienz des älteren Kindes gewonnenen Erfahrungen empfiehlt Vortragender eine kohlehydratarme und eiweißreiche Diät unter Elimination der Milch aus der Nahrung, anstatt der Mehlkost. Die Erfolge einer derart zusammengesetzten Kost, die das Nahrungsbedürfnis älterer Kinder völlig zu decken imstande ist, übertrafen die der Mehldiät erheblich. Nicht nur gewöhnliche Katarrhe, sondern auch ruhrartige Darmerkrankungen heilten dabei rasch ab.

b) **Über Tuberkulide.** Demonstration. Hinweis auf ihre Bedeutung an der Hand eines Falles von exspiratorischem Keuchen, dessen tuberkulöse Natur erst durch die Tuberkulide erkannt wurde.

3. I. Rosenstern: **Nierenblutungen im Säuglings- und Kindesalter.** Frühgeburt von 2000 g mit schwerer hämorrhagischer Diathese (Haut-, Mundschleimhaut-, Nasen-, Rachen-, Nabel-, Darm-, Nierenblutungen) ohne nachweisbare Sepsis. Heilung bei Gelatinebehandlung.

Forme fruste von Barlowscher Krankheit (Appetitlosigkeit, Blässe, Empfindlichkeit, Hämaturie). Bericht über Fälle, bei denen dieser Symptomenkomplex sich im Verlauf anderweitiger schwerer Erkrankungen (Lues, Tuberkulose, Furunkulose) einstellte und durch die Grundkrankheit zunächst verdeckt wurde. Heilung mit roher Milch.

Nierenblutungen bei einer ein Jahr alten Frühgeburt mit schwerer Anämie. Die Blutungen verschwanden unter Gelatineinjektionen.

Chronische (seit fünf Monaten bestehende) Hämaturie bei einem zehn Monate alten Säugling im Anschluß an Cystitis.

14jähriger Knabe mit Purpura rheumatica und komplizierender akuter hämorrhagischer Nephritis. Die Nierenblutungen dauern (seit vier Wochen) fort.

4. O. Rosenberg: **Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate von Osteomyelitis im Säuglingsalter.** Pneumokokken-Osteomyelitis an der proximalen Epiphysenlinie des Femur mit Durchbruch ins Hüftgelenk. — Osteomyelitis der Ulna mit großem Sequester, Heilung durch ausgiebige Eröffnung des periostalen Abszesses. Im Verlauf der Erkrankung ausgedehnte Gangrän der Hand infolge Thrombose, Abstoßung mehrerer Fingerglieder und eines Metakarpalknochens. Heilung. Vorstellung des Kindes. — Osteomyelitis des zweiten Halswirbelkörpers mit Bildung eines Retropharyngealabszesses. — Osteomyelitis der Rippe an der Knorpelknochengrenze. Durchbruch in die Pleura. Tod an Empyem.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr.

Sitzung am 12. Dezember 1910.

1. Goldstein: **Kretinismus.** Der 16jährige Knabe mißt 112 cm, hat einen schiefverschobenen, etwas hydrozephalischen Schädel, plumpe Gesichtszüge, derbe, dicke, trockene Haut, die Hände und Füße sind außerordentlich plump. An den Händen ist eine Versteifung der Finger und Handgelenke auffallend. Die Schilddrüse ist nicht nachzuweisen. Es besteht eine Atrophie der Genitalien, der Penis ist sehr klein, der rechte Hoden nicht zu fühlen, der linke ganz klein und auch

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Leistenkanal fühlbar. Psychisch besteht ein hoher Grad geistiger Schwäche. Bemerkenswert ist das sporadische Auftreten. Eltern und übrige Geschwister sind bis auf eines, das, an ähnlicher Krankheit leidend, vor Jahren gestorben ist, gesund. Der Zustand bei dem Patienten besteht seit der frühen Kindheit. Wassermannsche Reaktion negativ. Die demonstierten Röntgenbilder zeigen am Hand- und Ellbogenskelett ein beträchtliches Zurückbleiben des Knochenwachstums.

Diskussion. Hilbert berichtet über den älteren, ebenfalls an infantilem Myxödem leidenden Bruder des vorgestellten Patienten, den er vor 14 Jahren in der Medizinischen Poliklinik (Geh.-Rat Schreiber) beobachtet hat. Er war zehn Jahre alt und bot genau denselben Anblick dar, nur hatte er einen kleinen Nabelbruch. Die Schilddrüse war ebenfalls nicht zu fühlen. Die Behandlung mit Schilddrüsentabletten hatte keinen Erfolg. Der Knabe starb an Diphtherie, die sich an eine operative Entfernung der Rachenmandel anschloß. Die Schilddrüse erwies sich bei der Sektion als nicht verkleinert, sie wog 17,5 g und ließ weder makroskopisch noch mikroskopisch wesentliche Abweichungen von der Norm erkennen. (Der Fall ist in Band 2 der Heilkunde publiziert.) — Payr bemerkt, daß die Unmöglichkeit einer Palpation einer Schilddrüse noch nicht deren Abwesenheit verbürgt. Er hat deshalb seit längerer Zeit in zweifelhaften Fällen durch Probeinzision unter Lokalanästhesie oder in kurz dauernder Narkose sich von ihrem Vorhandensein oder Fehlen, bzw. deren Beschaffenheit überzeugt. — Ferner bespricht er die Behandlung von Kretinismus als Folge von Hypo- oder Athyreosis durch Schilddrüsentransplantation, deren theoretische Grundlagen und praktische Erfolge zur Stunde noch nicht als abgeschlossen gelten können. Er berührt die subkutane, properitoneale, intraperitoneale Verpflanzung, die Implantation in Milz und Knochenmark, nebst Bemerkungen über die Technik, die unmittelbaren und bleibenden Resultate dieses Verfahrens unter besonderem Hinweis auf mehrfache wichtige Kriterien für Beurteilung eines event. Erfolges der Parenchymübertragung. (Längenwachstum der Knochen, Ossifikationspunkte, Körpergewicht, Veränderungen an Haut und Haaren, Nägeln, Intelligenz.) Er erwähnt eines von ihm vor Jahren operierten Falles, bei dem von der Transplantation eines großen Stückes mütterlicher Schilddrüse in die Milz eines total verblödeten athyreotischen Kindes mit anfangs geradezu überraschendem somatischen und intellektuellen, später jedoch nur teilweise erhalten gebliebenen Erfolge Gebrauch gemacht wurde. Zum Schluß streift Payr die Indikationsstellung für die Ausführung von Schilddrüsenüberpflanzungen und glaubt ein je nach der Schwere des Falles individualisierendes Vorgehen empfehlen zu sollen.

2. Georg Cohn: a) **Hysterische Sprachstörung nach Diphtherie.** Elfjähriger Knabe, der bis im Oktober d. J. völlig normal und deutlich gesprochen hat. Im Anschluß an eine Diphtherie wurde die Sprache leise, flüsternd, ohne jedoch sonst Abweichungen von der Norm zu zeigen. Behandlung mit starken elektrischen Strömen bewirkte jedoch eine derartige Änderung, daß der Knabe jetzt nur unter anscheinend großer körperlicher Anstrengung, wobei er den Oberkörper nach vorn, den linken Fuß nach hinten stößt, zugleich mit der Exspirationsluft ab und zu ein Wort hervorstößt. Der Vortragende hält die Erkrankung für Hysterie und hebt hervor, daß in diesem Falle der elektrische Strom gerade das Gegenteil bewirkt hat von dem, was er bewirken sollte.

b) **Extragenitaler Primäraffekt an der Lippe und luetischen Sekundärerscheinungen in der Mundrachenhöhle.** Die Infektion bei dem elfjährigen Mädchen erfolgte durch Küsse eines luetischen Säuglings, den die Patientin umhertrug. Da das Kind mit seiner Erkrankung stets die Schule besuchte, ist es nicht ausgeschlossen, daß durch eine solche Erkrankung die Infektion in die Schule getragen und wie eine Seuche weiter verbreitet wird.

Naturwissenschaftlich-medizinische Gesellschaft in Jena.

(Nach der deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 21. Juli 1910.

Dürck demonstriert **einen Fall von medikamentöser Quecksilbervergiftung.** Am 14. Juli wurde ein 8jähriges Mädchen in die hiesige chirurgische Klinik eingeliefert

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Erscheinungen der diffusen eitrigen Peritonitis. Bei der vorgenommenen Laparotomie wurde die Appendix außen dicht mit Fibrin belegt gefunden und daher entfernt. Es ergab sich aber sofort, daß hier nicht die Ursache der Bauchfellentzündung gesucht werden konnte; man nahm daher an, daß es sich um eine Infektion der Bauchhöhle von dem Genitale handle.

Die Obduktion ergab nun, daß die Peritonitis ihren Ausgang von einer hochgradigen Schwellung und partiellen Nekrose der Magenwand genommen hatte, welche zur Zeit des Todes dem Durchbruch offenbar sehr nahe getanden war, so daß in der Leiche ein vollkommener Durchbruch mit ausgedehntem Austritt von Mageninhalt in die Bauchhöhle erfolgt war. Da die Sektion wenige Stunden nach dem Tode ausgeführt werden konnte und die Leiche im übrigen sehr gut konserviert war, so ließ sich mit Bestimmtheit sagen, daß die vorgefundene kadaveröse breite Durchbrechung der Magenwand durch den sehr deutlich erkennbaren Schwellungs- und Nekrosevorgang eingeleitet worden war.

Weiterhin fand sich aber bei der Sektion eine ausgedehnte bandförmige Verschorfung des unteren Ösophagus. Die Schleimhautfalten waren hier auf ihrer Höhe von streifigen, grünen, fest ansitzenden nekrotischen Massen belegt. Im Munde und im Rachen ließ sich an der Schleimhaut nichts Besonderes nachweisen. Es konnte sich nach diesem Befunde also nur um die Aufnahme einer korrosiv wirkenden Substanz handeln, welche in den unteren Partien des Ösophagus und hauptsächlich im Magen ihre Ätzwirkung entfaltet hatte. Diese weitere Sektion brachte schon eine nahezu vollständige Aufklärung, was für eine giftige Substanz dabei in Betracht kommen konnte. Die Schleimhaut des unteren Dünndarms zeigte sich im ganzen stark geschwellt, fleckig gerötet und mit dicken grünlichen, namentlich auf der Höhe der geschwellten Falten fest ansitzenden schorfartigen Membranen bedeckt. Im Zoekumkopf diffuse Schwellung und mäßige Rötung der Schleimhaut. Im aufsteigenden Kolon und namentlich im Querkolon fanden sich breite, bandartige, zirkuläre, das Lumen umgreifende grün-gelbliche Schorfe. Im weiteren Verlauf die Dickdarmschleimhaut diffus geschwellt, die Schorfe abnehmend, aber starke Sukkulenz der grauroten Mukosa. Beide Nieren waren vergrößert, von sehr weicher Konsistenz, auf dem Durchschnitt das Parenchym geschwellt, besonders die Rinde überall gleichmäßig verbreitert, trüb-graugelblich, mit einzelnen eingelagerten helleren, ganz verwaschenen Fleckchen. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab in mit Hämatoxylin gefärbten Schnitten ausgedehnte Nekrose mit Verkalkung von Harnkanälchenepithelien. Bei Zusatz von reiner Schwefelsäure zu frischen Schnitten entstanden nach kurzer Zeit unter Gasentwicklung reichliche nadelförmige Gipskristalle in charakteristischer stern- und büschelförmiger Anordnung. War schon hierdurch die Diagnose „akute Quecksilbervergiftung" höchstwahrscheinlich, so wurde sie durch die vorgenommene chemische Untersuchung des Magen- und Darminhaltes zur völligen Gewißheit erhoben.

Das Kind hatte zwar vor seiner Aufnahme reichliches Erbrechen und diarrhoische Entleerungen gehabt, es wurde aber trotzdem der geringe trübe, bräunliche, schleimige Inhalt des Magens sowie des Dünndarms aufgesammelt, diese Massen mit destilliertem Wasser verdünnt und dann mit etwa 25 g chemisch reinem Zinkstaub im Wasserbade eine Stunde lang bis zum Kochen erwärmt. Der herausgenommene Zinkstaub wurde sodann mit Wasser abgewaschen, getrocknet und weiterhin mit Alkohol und Äther behandelt. Hierauf wurden kleine Proben von etwa 1—2 g des getrockneten Zinnstaubes in Glasröhrchen gebracht, ein winziges Plättchen metallisches Jod hinzugefügt, dann die Glasröhren an ihren oberen Enden in kapillare Röhrchen ausgezogen. Beim Erwärmen der Glasröhrchen entwickelten sich zunächst die violetten Joddämpfe, die sich zum Teil an der Spitze des Röhrchens als braunes metallisches Jod wiederum verdichteten, aber unterhalb dieses Wandbeschlages bildete sich ein in den verschiedenen Röhrchen verschieden stark entwickelter Wandbeschlag in Form eines lebhaft orangerot gefärbten Ringes (aus Quecksilberjodid). Damit war also auch der chemische Nachweis des Quecksilbers im Magen- und Darminhalt gelungen.

Es erhob sich nun die Frage, wie diese Quecksilbervergiftung zustande gekommen war. Nachträglich konnte darüber folgendes in Erfahrung gebracht werden: Das Kind hatte durch Genuß eines Beerenkuchens 4 Tage vor seinem Tode sich offenbar einen akuten Magen-Darmkatarrh zugezogen. Auch andere Personen waren nach dem Genuß des gleichen Kuchens erkrankt. Trotzdem

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besuchte das Kind noch eine Vogelwiese, kaufte dort Süßigkeiten und fuhr Karussel; dabei stellte sich so heftiges Erbrechen und Leibschmerz ein, daß das Mädchen kaum noch von einer Gespielin nach Hause gebracht werden konnte. Da die dort angewandten Klistiere keinen Erfolg hatten, so wurde ein Arzt gerufen, welcher 4 Pulver Kalomel à 0,08 g verschrieb mit der Verordnung, stündlich je ein Pulver zu nehmen, bis Stuhl erfolge. Diese Verordnung wurde befolgt und alle 4 Pulver aufgebraucht; bald darauf stellte sich heftiges Erbrechen und starker Durchfall ein. Da in diesem Falle mit Sicherheit jede andere Quelle für eine Quecksilberaufnahme ausgeschlossen werden kann, so muß die Quecksilbervergiftung auf die Kalomeldarreichung bezogen werden. Infolge des bestehenden akuten Magen-Darmkatarhs war offenbar die Quecksilberausscheidung eine gestörte, und es wurde eine verhältnismäßig große Quantität des gereichten Quecksilberchlorürs in Quecksilberchlorid übergeführt, welches im Magen und im unteren Ösophagus seine korrosive Wirkung entfaltete und im unteren Dünn- und Dickdarm zur Ausscheidung kam, dort die charakteristische diphtheroide Quecksilberverschorfung hervorrufend.

III. Neue Bücher.

Dannemann, Schober und Schulze. **Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik.** Lieferung 8, 9 u. 10. Verlag von Machold, Halle a. S.

Es liegen nun auch die 8., 9. und 10. Lieferung des Handbuchs vor, und das Werk ist damit abgeschlossen. Besonders dankenswert ist eine ausführliche Darstellung des gesamten Schwachsinnigenbildungs- und Fürsorgegesetzes in Deutschland, England, Frankreich, Holland, Schweden, Schweiz, Spanien, Ungarn, Rußland, Portugal, Norwegen und Italien. Ein schöner Aufsatz über einseitige Talentierung bei Schwachsinnigen von Kirmse ist auch für den Arzt sehr lesenswert. Er beleuchtet die wissenschaftlich noch nicht ergründete Tatsache, daß unter tiefstehenden Idioten Rechenkünstler von hervorragendem Rechentalent vorkommen. — Sollen wir ein allgemeines Urteil über das vorliegende Sammelwerk abgeben, so müssen wir das Studium desselben jedem pädagogisch und psychologisch strebenden Arzt empfehlen.

Daß das Werk aus rein äußerlichen Gründen auf Illustrationen verzichten mußte, ist bedauerlich. So können z. B. bei dem Artikel „Schrift" bei imbezillen und anderen psychopathischen Kindern Schriftproben nicht gut entbehrt werden. Auch daß die vollständige Herausgabe des Werkes sich so sehr verzögert hat, dürfte als Mangel empfunden werden. Denn bei dem so enorm raschen Aufblühen dieses Grenzgebiets zwischen Medizin und Pädagogik veraltet manches rasch.

Trotzdem bleibt dieses Vereinigungswerk zwischen Arzt, Lehrer und Geistlichen in solchem Grade dankenswert. Es ist für den Arzt sowohl als für den Lehrer ein gutes Nachschlagewerk, um so mehr, als sehr vielen Beiträgen ein ausführlicher Literaturnachweis folgt, der ein weiteres Eindringen in die verschiedenen Materien erleichtert. A. Feuchtwanger.

A. Uffenheimer. **Säuglings- und Jugendfürsorge.** Verlag von Quelle u. Meyer. Preis: 1.25 Mk.

Verfasser hat es verstanden, einem breiteren Publikum nicht nur die ärztlichen, sondern auch die nationalökonomischen und juristischen Fragen der Säuglings- und Jugendfürsorge klar vor Augen zu führen. Für den Kinderarzt besonders interessant ist die Kritik des Verf.s der seitherigen Kampfmittel gegen die Säuglingssterblichkeit am Schlusse des 6. Kapitels: Die Anstalten, die den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit aufnehmen, sind nur Einzelanstalten, die nicht ihren bestimmten Platz in einem festen System einnehmen.

„Was nützt es, wenn die Säuglingsberatungsstellen Stillprämien an Frauen zahlen, die ohnehin ihre anderen Kinder schon Monate lang gestillt haben? Das Menschenmaterial, dem diese Anstalten das Stillen beibringen sollten (die Frauen der ungelernten Arbeiter, die unehelichen Mütter), kommt doch fast nie zu ihnen. . . ." Nach einer treffenden Kritik der Milchküchen verlangt der Autor

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„ein System, das viele Einzelbestrebungen um einen einzigen Mittelpunkt gruppiert und ... das zwangsweise alle schutzbedürftigen Säuglinge einer energischen sachverständigen Aufsicht und Fürsorge unterstellt."

A. Feuchtwanger.

O. Borchgrevink. **Die Hernien und ihre Behandlung.** Jena 1911, G. Fischer. Preis: 5 Mk.

1907 erschien die 1. Auflage dieses Buches in norwegischer Sprache; jetzt hat der Autor die 2. Auflage in deutscher Sprache publiziert, und wir können ihm dankbar für diese Gabe sein. Der Praktiker kann gerade dieses Kapitel mit seinen großen Schwierigkeiten nicht eingehend genug studieren, um sich allen Situationen gewachsen zu zeigen. Aus der vorliegenden Monographie kann er sehr viel lernen und sich über alles Wichtige orientieren, zumal auch 40 Abbildungen dazu dienen, größere Klarheit über schwierigere Punkte zu schaffen. B.s Werk ist ein gutes Buch, das einer günstigen Aufnahme sicher ist.

Grätzer.

Häberlin. **Die Kinder-Seehospize und die Tuberkulose-Bekämpfung.** Leipzig 1911, Verlag von Dr. W. Klinkhardt. Preis: 6 Mk.

Der ärztliche Leiter des Kinderhospizes auf Wyk hat hier mit ungemeinem Fleiß eine Lücke in der Literatur ausgefüllt. Es fehlte bisher an einer bis auf die neueste Zeit gehenden Darstellung der Kinderseehospize in Europa und des Einflusses, den sie auf die Bekämpfung der Tuberkulose und Skrofulose haben. H. hat sich dieser Aufgabe unterzogen und sie in vortrefflicher Weise gelöst. Wer sich über dieses für die Volkswohlfahrt so eminent wichtige Gebiet orientieren will, findet hier alles zusammengetragen, und es ist sicher, daß das Studium dieses Buches auch bei allen, die bisher beiseite gestanden, hohes Interesse für die Sache erwerben wird. Möge es weiteste Verbreitung finden! Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Von deutschen Universitäten.)

Egloff, W. T. G., Deformitäten des oberen Femurendes bei angeborener Hüftgelenksluxation (München). — **Flévet, C.**, Über kongenitale Mißbildungen des äußeren Ohres (Bonn). — **Grabow, C.**, Über 8 Fälle von Tetanie im Kindesalter (Kiel). — **Hepner, G.**, Über die eitrigen Erkrankungen der Harnwege bei männlichen Säuglingen (Kiel). — **Heizer, H.**, Ein Fall von Asthma bronchiale bei einem zweijährigen Kinde (München). — **Klein, K.**, Über fötale Typhusinfektion (Heidelberg). — **Kathe, H.**, Sommerklima und Wohnung in ihren Beziehungen zur Säuglingssterblichkeit; nach Untersuchungen in Halle (Halle.) — **Lade, O.**, Studien über die Azidität des Urins mit experimentellen Beiträgen aus dem Säuglingsalter (München). — **Rollett, L.**, Poliklinische Erfahrungen mit Säuglingsmilch (Berlin). — **Samelson, S.**, Beitrag zur Physiologie der Ernährung frühgeborener Kinder (Freiburg). — **Stroink, J.**, Über die Folgen der Scharlach-Nephritis (Kiel). — **Zarchi, S.**, Beiträge zur Kasuistik des Abdominaltyphus im Kindesalter.

IV. Monats-Chronik.

Düsseldorf. Dr. Bauer, Assistent der Kinderklinik, ist zum a. o. Mitglied der Akademie und Dozenten für Serotherapie und Kinderheilkunde ernannt.

Wien. Prof. Frhr. v. Pirquet (Breslau) ist zum Direktor der Kinderklinik ernannt; er hat für seine Tuberkulosearbeiten den Rinecker-Preis erhalten. — Dr. B. Sperk ist zum Direktor und Primärarzt des St.-Annen-Kinderhospitals gewählt.

Innsbruck. Prof. Loos ist zum o. Professor ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2)
Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

Farbwerke vorm. MEISTFR LUCIUS & BRÜNNIG, Höchst a. M.

PEGNIN

(Milchzucker-Labpräparat)

ist keimfrei und macht die Kuhmilch nach Dr. von Dungerns Verfahren leicht verdaulich.

Die mit Pegnin gelabte Vollmilch wird vom gesunden und kranken Säuglinge ausnahmslos gut vertragen und ermöglicht es, dem Kinde die Nahrung in konzentriertester und außerordentlich leicht verdaulicher Form zu geben.

Pegninmilch bewirkt eine rapide Gewichtszunahme und Hebung der Körperkräfte.

Erprobt bei den schwersten Fällen von Magen- und Darmerkrankungen der Säuglinge, älterer Kinder und Erwachsener.

Proben und Gebrauchsanweisung stehen den Herren Ärzten zu Diensten.

Dürkheimer Maxquelle

Stärkste Arsenquelle Deutschlands
(Arsengeh. 17,4 mgr. As_2O_3 i. l.)
Bestbekömmlichstes aller Arsenwässer von frappanter Heilwirkung.
In der Kinderpraxis außerordentlich gut bewährt.
Das Wasser wird gerne genommen und gut vertragen.

Probequantum, Literatur, Prospekte und Trinkschemata den Herren Ärzten unentgeltlich und franko.

Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Wiesbaden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie.

Von

Dr. Ernst Runge
Assistent an der Universitäts-Frauenklinik der Königl. Charité zu Berlin.

8°. 164 Seiten. 1908. M. 4.25.

Münchener medizinische Wochenschrift. . . . Jeder, der das Werk liest, wird erstaunt sein über die Masse des Materials, welches der Verfasser sammeln konnte: überall, wo ihm eigene Beobachtungen — Verfasser ist Assistent der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité in Berlin — zu Gebote standen, sind diese eingefügt. Die Darstellung ist — bis auf die neueste Zeit vollständig — knapp und klar, das Werk füllt eine fühlbare Lücke der gynäkologischen Literatur aus und wird jedem Gynäkologen ein wichtiges Nachschlagebuch werden. Die Ausstattung ist gut.

„Tussiculin“ Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich.“

Hergestellt aus je 8,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei Bestellungen bitten wir sich stets auf die Anzeige im Zentralblatt für Kinderheilkunde zu berufen.

Fortsetzung des Inhaltes von Seite III. Seite

G. B. Allaria, Die Wirkung des Säuglingsspeichels auf die Lab- und Pepsinverdauung in vitro 320
M. Gorbenko, Ein Fall von Spina bifida, kompliziert durch einen Hydrocephalus 321

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 321
Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. 322
Naturwissenschaftlich-medizinische Gesellschaft in Jena 323

III. Neue Bücher. — IV. Monats-Chronik.

Euchinin
entbittertes Chinin.

Dymal
antisept. Wundstreupulver.

Chinin-Perlen.

Zimmer's Chinin-Chokolade-Tabletten

Den Herren Ärzten stellen wir neben Literatur auch Muster zur Verfügung. Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige Nr. 27 beziehen.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie

von Oberstabsarzt Prof. Dr. **A. Dieudonné** in München.

7., umgearb. Auflage. 8°. VIII, 243 Seiten. Mit Abbildungen. 1911. M. 6.80; geb. M. 7.80.

Hygienische Rundschau. Das Werk ist zum ersten Male im Jahre 1895 erschienen und hat schon damals allgemeinen Beifall gefunden. Auch heute noch, wo mehrere andere handliche Bücher denselben Stoff behandeln, ist seine Beliebtheit ungemindert... Das Buch wird auch in der neuen Auflage weite Verbreitung finden, bei Anfängern zum Studium wegen der leicht lesbaren Darstellung, bei Geübten zum Nachschlagen wegen der großen Menge der zitierten Arbeiten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke. Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke, E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**

Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

Dr. Walther Koch's „PRÄVALIDIN"

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung :: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. O. Opels Kinder-Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel

Bessert die Ernährung, speziell indiziert bei **Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen** und **Skrofulose.**

à Pfund M. 1.30.

Kinderbiskuit „Heima"

Blut- und knochenbildend.

Für die ersten Kauversuche. Indiziert bei **allen Arten von Unterernährung, Blutarmut** und **englischer Krankheit.**

à Pack M. 0,30.

Literatur und Proben gern zu Diensten.

Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,

Berlin SW. 48

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei Bestellungen bitten wir sich stets auf die Anzeige im Zentralblatt für Kinderheilkunde zu berufen.

München, Dr. Pfeuffer's Hämoglobin.

München, den 10. Juli 1884.

Die k. Untersuchunganstalt bezeugt, daß die von Herrn Dr. Pfeuffer bereiteten und anher zur chemischen Untersuchung überschickten Hämoglobin-Pastillen im Durchschnitt 1,3 Gramm Hämoglobin (natürliches Eiseneiweiß) enthielten, und daß dieselben frei sind von für die Ernährung ungeeigneten Bestandteilen, wie solche im gewöhnlichen Blute als Exkretionsstoffe (Auswurfstoffe) vorhanden sind. Obige Untersuchung bestätigt:

Dr. Rudolf Emmerich, Prof. an der Universität München.
Dr. Max von Pettenkofer, Geheimrat, kgl. Prof. an der Univ. München.

Preis: **Hämoglobin-Extrakt-Syrup** ein Topf M. 1.60.
Hämoglobinzellchen M. 1.60 oder M. 3.—, ausreichend für 3 Wochen.

Ludwigs-Apotheke in München. — Erhältlich in Apotheken.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG.

Handbuch der Hygiene

Bearbeitet von achtzig Fachgelehrten

Herausgegeben von

Dr. med. TH. WEYL

Privatdozenten der Technischen Hochschule zu Charlottenburg-Berlin.

10 Bände und 4 Supplementbände. 9450 Seiten mit 2092 Abbil-
:: dungen im Text, 3 Beilagen und 31 Tafeln. 1893—1904. ::

Brosch. M. 165.—, in 14 Halbfranzbände geb. M. 191.50.

Ausführlicher Prospekt mit Angabe der Preise der einzelnen Bände und Referenzen steht auf Verlangen kostenlos zu Diensten.

Korrespondenzblätter für Schweizer Ärzte: Ein durchaus empfehlenswertes, vielseitig brauchbares, im ganzen exaktes Werk. Bekanntlich ist es eine Sammlung von Monographien, deren Verfasser jeweilen nach Studium und Stellung sachverständig sein dürften; die gewandte und stramme Direktion (Th. Weyl) hat für die nötige Vollständigkeit und Gleichmäßigkeit gesorgt. Gesundheitsbehörden und Bibliotheken werden es nicht bereuen, das ganze Werk angeschafft zu haben.

Wiener klinische Wochenschrift: Das Weyl'sche Werk kann infolge der Reichhaltigkeit seines Inhaltes, sowie der Gründlichkeit der Bearbeitung desselben jedem praktischen Arzte empfohlen werden, es wird aber auch demjenigen, der sich über eines der einschlägigen Kapitel gründlicher informieren will, durch die sorgfältigen Literaturangaben gute Dienste leisten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. September 1911. Nr. 9.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Karl Potpeschnigg, Beobachtungen und Untersuchungsergebnisse aus der steiermärkischen Poliomyelitisepidemie im Jahre 1909. (Aus der k. k. Univers.-Kinderklinik in Graz). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 4—6.) Groß angelegte Sammelforschung, aus deren Ergebnissen zu entnehmen ist: In Steiermark wurden im Jahre 1909 bei einer gesamten Bevölkerungszahl von $1^3/_4$ Mill. gegen 600 Fälle von Heine-Medinscher Krankheit bekannt. An der Klinik wurden 66 aufgenommen gegen durchschnittlich 2—3 in den Vorjahren. Diese Epidemie stellt wahrscheinlich nur ein der Ausdehnung nach verstärktes Aufflackern einer jahraus jahrein sporadisch vorkommenden Krankheit dar. Ein bestimmter Verbreitungsweg der Erkrankung, etwa nach Verkehrsstraßen oder Bahnlinien ließ sich nicht feststellen. Die Kontagiosität der Erkrankung ergab sich aus der großen Zahl von Geschwistererkrankungen sowie von Hausgenossen, Nachbarn oder Personen, die mit Poliomyelitikern in Kontakt gekommen waren, ferner die starke Häufung an einzelnen Orten. Manches sprach auch gegen die unbedingte Kontagiosität: das Fehlen von Hausinfektionen in Spitälern; das auffallende Ausbleiben von Ansteckungen in Fällen, wo der Kontakt außerordentlich eng und lange andauernd war; das Fehlen weiterer Ausbreitung an vielen Orten. Das Vorkommen von Kontaktinfektionen ist nach Verfasser mit aller Wahrscheinlichkeit zu bejahen; der sichere Beweis dafür wird erst nach Entdeckung des Erregers zu erbringen sein. Für die Praxis ergibt sich die Verpflichtung, die Erkrankung mit allen Kautelen einer Infektionskrankheit zu behandeln.

Armut und Bevölkerungsdichtigkeit spielen in der Ausbreitung der Epidemie keine Rolle. Auszuschließen als Infektionsquellen sind Nahrungsmittel, Obst, Milch, Wasser und ferner auch Insekten.

Aus dem Krankheitsbild: Ein charakteristischer initialer Fiebertypus existiert nicht. Wichtig ist der üble Mundgeruch, das Vorausgehen von Halsentzündungen, Halsschmerzen. Häufig sind nervöse Initialsymptome: Kopfschmerzen, Schwindel, Nackensteifigkeit, periphere Nervenschmerzen. Der Lähmung geht gewöhnlich eine Herabsetzung der motorischen Kraft voraus. An den gelähmten Körperteilen traten gelegentlich die verschiedenartigsten Störungen sensibler, trophischer, vasomotorischer und wärmeregulatorischer Art auf. Besonders häufig

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fand sich Fazialislähmung. Die Lumbalpunktion ergab in allen Fällen ein klares Punktat, in welchem sich dann eine spinnwebartige Flocke bildete. Meist fand sich Vermehrung des Eiweißgehaltes, Verminderung des Zuckergehaltes. Die Bakteriologie des Punktates ergab keine sicheren Resultate. Therapeutisch wird auf die Notwendigkeit lange fortgesetzter Bettruhe hingewiesen, da zu frühes Aufstehen die Lähmungen wieder hervorbrechen lassen kann. Hecker.

E. Gindes, Einfluß der Wohnung auf die Entwicklung des Kindes. (Aus dem Kinderhospital in der schwarzen Stadt, gegründet vom Verbande der Bakuer Naphta-Industriellen.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54. Heft 5 u. 6.) Mit der Zahl der Bewohner einer Wohnung verschlechtert sich die Gesundheit und Entwickelung der Kinder derart, daß schließlich auch der günstige Einfluß der natürlichen Ernährung paralysiert wird. Hecker.

Stanislaus Ostrowski (St. Petersburg), Über „Anaemia splenica infantum". (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 73. Heft 6.) 10 Fälle zwischen 1 Jahr und $2^1/_2$ Jahren. Die Erkrankung ist meist sekundär, verursacht durch Katarrhe der Verdauungswege in Verbindung mit Unterernährung. Immerhin kommen primäre Fälle vor mit dunkler Ätiologie. Die charakteristischen Zeichen sind: Blässe, olivfarbene Tönung des Gesichts, Milzschwellung ohne Schwellung der Leber und der Lymphdrüsen. Histologisch: Oligozytämie, Oligochromämie, Poikilo- und Anisozytose, Lymphozytose, Vorhandensein von Myelozyten und Erythroblasten. Pathologisch-anatomisch: Atrophie der Malpighischen Körperchen infolge von Bindegewebsvermehrung. Ähnliches in den Lymphdrüsen. Zur Unterscheidung von Leukämie ist wichtig das Fehlen nennenswerter Leukozytose und das Befallensein der Lymphdrüsen bei verhältnismäßig geringem Prozentgehalt an Myelozyten im Blut. Hecker.

Hermann Flesch und **Ignaz Péteri,** Die Bedeutung der Radiologie bei der Untersuchung von narbigen Ösophagusstrikturen bei Kindern. (Aus dem Stephanie-Kinderhospital in Budapest.) Die Untersuchungen bestätigen den großen Wert der Zirkon-Röntgenoskopie als Hilfsmittel in der Diagnostik der narbigen Ösophagusstrikturen des Kindesalters. Die Vorteile des Verfahrens bestehen darin, daß man ein vollständiges Bild des ganzen Verlaufes der Speiseröhre vor sich hat, an welchem genau ersichtlich sind: die Lokalisation der Striktur im Verhältnis zum entsprechenden Wirbelkörper, der Grad der Striktur, ihre Länge, ob einzelne oder multiple Stenosen vorhanden sind, ob Stauungsdilatation vorhanden ist; ferner ist späterhin der Erfolg der Behandlung zu kontrollieren; das Verfahren ist schon innerhalb der 6 Wochen nach erfolgter Laugenvergiftung anwendbar, zu welcher Zeit eine Sonderuntersuchung noch nicht ratsam ist; es ist leicht durchführbar und gefahrlos. Hecker.

W. Pies, Zur Physiologie der Neugeborenen. Über die Dauer, die Größe und den Verlauf der physiologischen Abnahme. (Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus, Abteilung Keller.) Monatsschrift für Kinderheilk. 1910. Bd. 9. Nr. 9. S. 514.) 1. Über die

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dauer der physiologischen Abnahme. Die bisherigen Angaben lauten dahin, daß ein gesundes Kind unter normalen Verhältnissen am Ende der ersten Woche, jedenfalls am Anfang der zweiten sein Geburtsgewicht erreicht haben soll. Unter 150 Fällen von P. erreichten 96 ihr Anfangsgewicht erst durchschnittlich am 22. Lebenstag, die restlichen 54 Kinder sind zur Beurteilung der Frage ungeeignet. Bis zum 10. Tag hatten nur 17 Kinder (11 % des Gesamtmaterials) das Anfangsgewicht erreicht.

Die Ursache dieser Differenz gegenüber den Beobachtungen anderer sieht P. in der Verschiedenheit des Untersuchungsmaterials und Unterschieden in der Versuchsanordnung.

2. Die Größe der physiologischen Abnahme. Auch hier ergeben sich Differenzen. Héry findet bei 336 Kindern von Erstgebärenden eine Gewichtsabnahme von durchschnittlich 225,42 g, bei 184 Kindern von Mehrgebärenden 201 g, die entsprechenden Zahlen bei P. sind: 108 Kinder von Erstgebärenden Gewichtsabnahme durchschnittlich 300 g = 9 %, 42 Kinder von Mehrgebärenden Gewichtsabnahme durchschnittlich 270 g = 8 %. Die Größe der Körpergewichtsabnahme ist dem absoluten Körpergewicht im allgemeinen proportional.

3. Der Verlauf der physiologischen Abnahme. Nach Budin findet sich 2—3 tägiger Abfall, dann steiler Anstieg. P. findet neben dieser Art des Verlaufes bogenförmigen oder rechtwinkligen Anstieg der Kurve und hält diesen Verlauf noch für physiologisch. Pathologisch ist Stillstand und weiterer Abfall des Körpergewichtes. Ursache dieses Verlaufes ist Inanition oder enterale und parenterale Infektion. **Schick.**

W. Birk und **A. Orgler,** Der Kalkstoffwechsel bei Rachitis. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1910. Bd. 9. Nr. 9. S. 544.) Die bisherigen Stoffwechseluntersuchungen wurden bei schon rachitischen Kindern vorgenommen. Die Verff. stellten sich die Frage, ob schon vor Auftreten klinischer Rachitissymptome Störungen im Kalkstoffwechsel nachzuweisen sind. Da Frühgeburten am meisten Aussicht haben, Rachitis zu bekommen, haben die Verff. bei einer Frühgeburt drei Stoffwechselversuche in größeren zeitlichen Abständen durchgeführt. Das Kind war Ende Mai geboren. Die erste Versuchsperiode dauerte vom 1.—5. Juli, die zweite vom 12.—17. August, die dritte vom 18.—21. Oktober. Die klinischen Symptome der Rachitis zeigten sich erst im Alter von $3^1/_2$ Monaten. In allen untersuchten Perioden war festzustellen, daß der Kalkansatz weit unterhalb derjenigen Menge lag, die für die ungestörte Entwickelung des Kindes unbedingt notwendig war. Die Versuche stützen daher die Anschauung, daß bereits lange Zeit vor dem Auftreten klinischer Rachitissymptome die für Rachitis charakteristische Störung des Kalkstoffwechsels vorhanden ist. **Schick.**

W. Birk und **J. Edelstein,** Beiträge zur Physiologie des neugeborenen Kindes. 2. Mitteilung: Ein Respirationsstoffwechselversuch am neugeborenen Kinde. (Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus, Abteilung Keller.) Monatsschr. f. Kinderheilk. 1910.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bd. 9. Nr. 9. S. 505.) Das Kind kam 1 Stunde nach der Geburt in den Voit-Pettenkoferschen Apparat, erhielt die erste Mahlzeit genau 24 Stunden nach der Geburt, dann 5 Mahlzeiten Halbmilch in 4 Stunden Intervallen. Die Untersuchung wurde zur Entscheidung der Frage vorgenommen, welche Momente den physiologischen Gewichtsverlust bedingen. Es ergab sich, daß der Hauptanteil desselben durch das von der Haut und den Lungen abgegebene Wasser, sowie bis zu einem gewissen geringen Grade durch eingeschmolzenes Gewebe gebildet wird. Der Rest fällt auf Mekonium, Urin und Nabelschnurrest. Woher das Wasser stammt, welches der Körper abgibt, bleibt eine offene Frage. Die Verff. denken daran, daß es sich um Flüssigkeitsmengen handelt, die kurz vor der Geburt oder während derselben noch dem Kinde einverleibt werden und nun abgestoßen werden.

Schick.

Caroline Towles, Untersuchungen über den Einfluß des Phosphorlebertrans auf den Stoffwechsel eines rachitischen Säuglings. (Kinderklinik Breslau.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 4. S. 346.) Vollständige Stoffwechseluntersuchungen in 5 Perioden an einem rachitischen Kinde, in der 3. und 5. Versuchsperiode wurde Phosphorlebertran verabreicht (täglich 5 g Lebertran mit 5 mg Phosphor). Das Kind war etwas älter als 12 Monate. 4 Untersuchungen dauerten 4 Tage, ein Versuch nur 3 Tage.

T. findet im Gegensatze zu Schabad keine eindeutige Einwirkung des Phosphorlebertrans auf den Kalkstoffwechsel. Die Kalziumbilanz stieg wohl in der Lebertranperiode einigermaßen gegenüber den Vorperioden, blieb aber auch in der 4. Nachperiode ohne Lebertran auf gleicher Höhe, obwohl sich die klinischen Zeichen der Rachitis gleichzeitig vermehrt hatten.

In bezug auf die Ausscheidung des Kalziums im Urin wurden die höchsten Tageswerte während der Lebertranperiode erreicht; die durchschnittliche Ausscheidung ergab wohl in der 1. Lebertranperiode eine beachtenswerte Vermehrung der früheren Werte; die 2. Lebertranperiode jedoch hatte einen derartigen Effekt nicht mehr.

Die Ausscheidung der Phosphorsäure im Urin ergab ein Ansteigen, von der 1. Lebertranperiode angefangen, das auch in der lebertranlosen Zeit weiter anhielt und daher nicht wohl mit der Medikation in Zusammenhang gebracht werden kann. Schick.

H. Pechstein, Über die Ausscheidung der Magenfermente im Säuglingsdarm. (Zugleich ein Beitrag zur Frage nach der Durchlässigkeit des Darmepithels beim gesunden und kranken Säugling.) (Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus, Abteilung Langstein.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 4. S. 356.) Untersucht wurde Pepsin- und Labgehalt bzw. Profermentgehalt, meist des Morgenurins, dieser erwies sich auch bei Kindern am fermentreichsten. Die Bestimmung erfolgte nach Fuld. Die Ergebnisse der umfangreichen Untersuchungsweise lauten: Sämtliche Kinder scheiden vom Tage ihrer Geburt an Pepsin und Lab im Urin aus. Diese Fermente sind nur in ihrer Vorstufe, dem Profermente, also im aktivierten Urin nachweisbar und gehen in ihren Mengen annähernd parallel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachdem der Fermentgehalt wohl nur in den ersten Tagen sehr gering ist, steigt er alsbald an und hält sich auf der erreichten Höhe während des ersten Lebensjahres (ungefähr $^1/_{20}$ des Fermentes Erwachsener).

Kinder mit künstlicher Ernährung zeigen höhere Werte als gleichaltrige Brustkinder.

Darmkranke Kinder zeigen keine Besonderheiten in bezug auf den Fermentgehalt, doch scheint es, als ob bei chronischer Erkrankung die Werte etwas geringer wären gegenüber der späteren Gesundung.

Bei Fütterung mit Pepsin und selbst sehr hochwertigem Labe ist keine Spur dieser Fermente im Urin wiederzufinden. Auch der Stuhl zeigt keine deutliche Fermenterhöhung. Die Fermente werden also in den oberen Darmpartien vernichtet. Sollten geringe Mengen resorbiert werden, so werden sie in der Blutbahn zerstört.

Es gibt darmkranke Kinder mit Schädigung des Darmepithels, wodurch körpereigenes Ferment resorbiert wird und in minimalen Spuren im Harn erscheint. Es sind dies keineswegs besonders schwerkranke Kinder.

Bei einem solchen Kinde ließ sich nach Verfütterung von Lab dieses Ferment deutlich im Harn nachweisen. Schick.

E. Schlossmann, Die Entstehung des angeborenen muskulären Schiefhalses. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 71. Heft 1. S. 209.) S. hat bei 24 Schiefhalskranken der Leipziger chirurgischen Poliklinik Gelegenheit gehabt, die Autopsie des Kopfnickers in vivo und die histologische Untersuchung des operativ gewonnenen frischen Muskelmaterials vorzunehmen. Einen besonderen Wert erfuhr dieses Material dadurch, daß es ziemlich viele Fälle in relativ frischen Stadien der Erkrankung enthielt. Innerhalb des ersten Lebensjahres wurden 13, innerhalb der ersten Lebenswochen 6 Kinder untersucht. Der jüngste Fall war 10 Tage alt.

S. gelangt auf Grund seiner histologischen Befunde zu dem Ergebnis, daß ein intra partum entstandenes größeres Muskeltrauma (Zerreißung, starke Quetschung des Muskels) in den untersuchten Fällen nicht vorgelegen hat, eine infektiöse Myositis im Sinne Kaders weder pathologisch-anatomisch noch bakteriologisch sich nachweisen ließ, ein Muskelprozeß vorlag, dessen Charakteristikum eine rapid einsetzende Degeneration weiter Muskelgebiete darstellt, die begleitet und gefolgt ist von lebhaften Regenerationsprozessen des Bindegewebes.

Die letzte Ursache der plötzlichen Muskelentartung läßt sich aus den histologischen Präparaten nicht direkt ablesen. Versucht man aber auf die charakteristischen Vorgänge, die für den Verlauf der muskulösen Ischämie bekannten pathologisch-anatomischen Gesetze in Anwendung zu bringen, so findet sich gerade in den Anfangsstadien beider Prozesse eine so weitgehende Übereinstimmung, daß jede Vergleichung nach S. überflüssig erscheint. Die Kopfnickerischämie kann im letzten Stadium des Fötallebens und intra partum erzeugt werden. Ihre häufigste und wahrscheinlichste Entstehungs-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weise ist nach S. die von Völcker zuerst beschriebene, durch abnorm intrauterine Belastung. Joachimsthal.

Rudolf Goebell, Zur Diagnose und Therapie der akuten Wirbelosteomyelitis und der Meningitis spinalis purulenta. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 108. Heft 3 u. 4. S. 338.) G. hatte in der Helferichschen Klinik Gelegenheit, 4 Fälle von Wirbelosteomyelitis zu beobachten. Eine sichere Diagnose war nur in einem Falle, in welchem gleichzeitig eine Osteomyelitis des rechten Oberschenkels und der rechten Tibia vorhanden war, zu stellen gewesen. Sonst war nur die Diagnose „tiefliegende Eiterung" gestellt worden. In einem weiteren Falle, den G. im Anscharer-Krankenhause beobachtete, handelte es sich um eine akute Osteomyelitis des 2. und 3. Lendenwirbels mit sekundärer eitriger Meningitis spinalis. Inzision und Drainage bis vor den 3. Wirbelkörper, auch wiederholte Lumbalpunktionen, brachten nur vorübergehende Besserung, erst die Trepanation des Wirbelkanals und die Drainage des Lumbalsacks führten zur Heilung. Joachimsthal.

G. Bernhardt, Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie. (Aus dem Institut f. Infektionskrankheiten in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 17.) B. faßt seine Resultate wie folgt zusammen:

1. In den initialen Zungenbelägen, den Lymphbahnen der Haut und den Lymphdrüsen Scharlachkranker ist ein Virus vorhanden, das, auf niedere Affen übertragen, bei diesen mit wechselnder Inkubationszeit ein Krankheitsbild hervorzurufen vermag, das in allen wesentlichen Punkten dem des Scharlachs beim Menschen gleicht.

2. Dies Virus, ohne eine Beimengung irgendwelcher Bakterien von Affe zu Affe weiter verimpft, vermag dasselbe Krankheitsbild zu erzeugen.

3. Die beschriebene Allgemeininfektion kann von der Mundhöhle als Eintrittspforte aus, ohne eine Verletzung der äußeren Haut, hervorgerufen werden.

4. Das Virus gehört höchstwahrscheinlich in die Gruppe der filtrierbaren Virusarten. Grätzer.

J. Lange (Leipzig), Zur Prophylaxe und Therapie des Scharlachs. (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 20.) Aus dem reichen Inhalt dieses „Klinischen Vortrages" heben wir folgendes hervor:

Bei der Behandlung ist nicht nur sehr wichtig eine sorgfältige Hautpflege, sondern auch peinliche Sauberhaltung der Mund-, Nasen- und Rachenschleimhaut durch vorsichtiges Spülen bzw. Ausspritzen — unter jeder Vermeidung von Verletzungen — mit schwachen Kochsalz- oder Borlösungen.

Was die Diät betrifft, so ist es verkehrt, bei Kindern über 2 Jahren eine einseitige Milchdiät zu verordnen. Es läßt sich eine chlorarme Ernährung auch noch bei Zusatz von Gemüsen, Mehlspeisen, ungesalzener Butter usw. durchführen; auch Obst dürfte eher günstig wirken. Fleisch ist allerdings vor der 4. Woche nicht zu geben, und zu vermeiden sind alle Gewürze und Alkohol in jeder Form.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für sehr schwere Fälle empfiehlt L. den Versuch mit dem Moserschen Serum und bei Scharlachdiphtherie die Karbolsäureinjektionen (3%), je 0,5 g zweimal täglich in jeden Gaumenbogen. Zuweilen erweist sich hier auch Pyozyanase als wirksam.

Grätzer.

K. Schern (Berlin), Die Säurebestimmung und die Labhemmprobe der Milch. (Ebenda.) 1. Die Säurebestimmung der Milch hat von jeher mit Recht einen breiten Raum auch bei der hygienischen Untersuchung der Milch eingenommen. Leider standen der allgemeinen praktischen Anwendung der Säurebestimmung viele technische Schwierigkeiten entgegen. Lackmuspapier läßt sich als Indikator für die gedachten Säurebestimmungen aus bekannten Gründen nicht verwerten. Der Säuregrad der Milch kann daher zweckmäßig nur nach dem Verfahren von Soxhlet-Henkel bestimmt werden. Hierzu werden aber Büretten, Pipetten, Bechergläser, Glasstäbe, Erlenmeyerkolben usw. benötigt. Mit diesen Instrumenten in der Praxis zu arbeiten, ist diffizil, außerdem sind sie unbequem zu transportieren und zerbrechen bei einem eventuellen Transport sehr leicht. Überdies macht dem Ungeübten das Pipettieren Schwierigkeiten. Soxhlet-Henkel gebrauchen für jede Säurebestimmung mindestens 50 ccm Milch. Das ist bei Massenuntersuchungen sehr viel. Um diesen Übelständen abzuhelfen, hat Sch. versucht, die Säurebestimmung der Milch nach Soxhlet-Henkel in eine Form zu bringen, in der sie selbst unter den schwierigsten Verhältnissen der Praxis leicht ausgeführt werden kann.

In einem bequem transportablen Holzkästchen befinden sich eine Tropfflasche mit $^1/_{40}$ Normallauge, eine zweite Tropfflasche mit 2%iger alkoholischer Phenolphtaleïnlösung und ein Laktoazidometer (D. R. G. M.) mit einem kleinen, abnehmbaren Stativ aus Metall. Dieses Stativ ist von oben über den Apparat zu stülpen und bis nach unten herunterzuziehen, sofern der Apparat aufgestellt werden soll. Das Laktoazidometer faßt bis zur Marke 0 10 ccm Milch. Bis zu dieser Marke 0 wird es mit Milch gefüllt und zu letzterer ein oder zwei Tropfen der Phenolphtaleïnlösung gegeben. Das Laktoazidometer ist nach Kubikzentimetern bis zur Marke 20 graduiert und gestattet ein Ablesen in halben und ganzen Kubikzentimetern, es kann durch einen dazu gehörigen Glasstopfen verschlossen werden. Zu der etwa bis zur Marke 0 reichenden, mit Phenolphtaleïnlösung vermischten Milch werden nun aus der Tropfflasche mit Normallauge soviel Kubikzentimeter unter wiederholtem Schütteln oder öfterem Umdrehen des jeweils geschlossenen Laktoazidometers hinzugesetzt, bis die Flüssigkeit im Laktoazidometer dauernd leicht rosa gefärbt bleibt, wenn dieses geschlossen ist. Dann wird an der Skala abgelesen, um wieviel das Flüssigkeitsniveau von der Marke 0 infolge der zugesetzten Lauge gestiegen ist. Der Stand des Flüssigkeitsniveaus gibt den Säuregrad an. Dieser wird in einfachster Weise direkt durch die an der Skala ablesbaren Zahlen bestimmt.

Normale Milch weist, wenn man die von Sch. modifizierte Methode der Säurebestimmung einer Milch nach Soxhlet-Henkel anwendet, ungefähr 7—8,5° Säuregrade auf. Hiervon weicht nicht normale und „kranke" Milch sehr oft ab. Bei seinen Untersuchungen hat Sch. feststellen können, daß eine aus einem akut entzündeten Euter stammende Milch 2—3° Säuregrade hat. Das Gleiche hat er bei der Milch einer eutertuberkulösen Kuh beobachtet. 9—10° Säuregrade deuten darauf hin, daß die Milch von einer frischmilchenden Kuh herrührt, ähnlich hohe Säuregrade ließen sich an der Milch eines

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Euters feststellen, das infolge von Streptokokkeninfektion chronisch entzündet war. Natürlich wurden diese Abweichungen immer nur an der Mischmilch einer Kuh beobachtet. Bei der Mischmilch vieler Kühe und bei der Handelsmilch wird sich das Laktoazidometer zur Säurebestimmung in solchen Fällen gut bewähren, in denen die Milch infolge ungeeigneter Behandlung derartige Abweichungen vom Säuregrad zeigt, daß sie nicht mehr als normal gelten kann und vom Verkehr ausgeschlossen werden muß. Speziell in Kindermilchanstalten, Kindenkrankenhäusern usw. wird das Laktoazidometer gut zu verwenden sein.

Erwähnt sei noch, daß die geschilderte „Schnellmethode" der Milchsäurebestimmung mit dem angegebenen Laktoazidometer dem Vernehmen nach in Preußen den beteiligten Kreisen vom Ministerium für Landwirtschaft empfohlen werden wird.

2. Über eine neue hygienische Milchuntersuchungsmethode, die bisher in dieser Art nicht bekannt war, ist von Sch. a. O. bereits berichtet worden.

Im Prinzip beruht die Methode auf dem Nichtgerinnen „kranker" Milch nach Labzusatz. Normale Milch bzw. Milch aus einem gesunden Euter gerinnt nach Labzusatz leicht und sicher, während Milch eines kranken Euters, die äußerlich gar keine Abweichungen aufweist, entweder gar nicht gerinnt oder oft das Mehrfache der Menge Lab zur Gerinnung gebraucht, bei der eine normale Milch gerinnt.

Normales Serum, in geringen Mengen zu einer Milch hinzugesetzt, hemmt die Labwirkung. Da bei einer Euterentzündung Flüssigkeit aus den Gefäßen in das Gewebe übertritt, so hemmt das mastitische Sekret ebenfalls die Labwirkung.

Das Nähere über die Ausführung muß im Original nachgelesen werden. Grätzer.

L. Weiss, Zur Kenntnis des syphilitischen Primäraffektes an der behaarten Kopfhaut. (Aus der Univers.-Poliklinik f. Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Berlin.) (Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 18.) Es handelte sich um zwei nebeneinander gelegene Primäraffekte der behaarten Kopfhaut bei einem 9 Wochen alten Kinde, bei dem die Infektion ungefähr 6 Wochen zurückliegt, also etwa 3 Wochen nach der Geburt eingetreten sein muß. Woher das Virus stammte, ist nicht aufgeklärt. Um eine Infektion von seiten der Mutter kann es sich wohl kaum handeln. Denn wenn die Mutter sich noch in einem infektiösen Stadium der Syphilis befunden hätte, so wäre doch wohl anzunehmen, daß das Kind an kongenitaler Syphilis erkrankt wäre. Bemerkenswert ist auch noch, daß hier bei dem Kinde einer vor 5 Jahren mit Syphilis infizierten Frau, deren Blutserum noch eine schwach positive Wassermannsche Reaktion ergab, eine Immunität im Sinne des Profetaschen Gesetzes nicht bestand. Grätzer.

Hohn, Der Befund der Lumbalflüssigkeit bei tuberkulöser Meningitis. (Aus dem Essener Bakteriol. Laboratorium des Vereins zur Bekämpfung der Volkskrankheiten im Ruhrkohlengebiet.) (Ebenda.) Verf. schildert aus einer großen Anzahl von Fällen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vier, welche 2 Erwachsene, einen 14jährigen Patienten und ein Kind von 6 Jahren betreffen, und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Stellen wir in einer klaren Lumbalflüssigkeit nach dem Zentrifugieren eine starke Erhöhung des Eiweißgehaltes im Verhältnis zu dem vorhandenen Sediment fest, und finden wir in letzterem eine Vermehrung der Lymphozyten allein oder mit einzelnen polynukleären Leukozyten, an denen degenerative Veränderungen vorhanden sind, so können wir aus diesem Befund, im Rahmen des klinischen Gesamtbildes, auch ohne den Nachweis der Tuberkelbazillen mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf eine tuberkulöse Entzündung der weichen Häute des Gehirns stellen.

Grätzer.

Cassel, Klinischer Beitrag zur Peritonitis tuberculosa bei Kindern. (Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 19.) C. berichtet über 45 Fälle: 22 Knaben und 23 Mädchen. Besonders hoch war die Zahl der Fälle vom 1.—6. Lebensjahre. Ein Fall betraf ein 6 Monate altes Kind. 25 % der Nichtoperierten genasen.

Aus C.s Statistik der Operierten ist zu entnehmen, daß die Aussichten, dauernd geheilt zu werden, auch bei den operierten Kindern nicht allzu glänzend sind. Je besser indessen die soziale Lage der Operierten, desto mehr darf man hoffen, die Kinder gesund werden zu sehen, wenn es nur gelingt, sie der Vorzüge einer klimatischen Therapie teilhaftig werden zu lassen. Wenn C. demnach nicht zu den Enthusiasten gehört, die fast jeden Fall von Peritonitis tuberculosa operieren lassen wollen, so steht er doch heute noch auf dem vermittelnden Standpunkte, den er in dieser Frage schon vor zehn Jahren folgendermaßen präzisiert habe: Besteht bei zweckmäßigem allgemeinen Regime unter Anwendung der üblichen äußeren und inneren Mittel nach mehrwöchentlicher Beobachtung ein dauernder Fieberzustand, tritt in der Anschwellung des Bauches kein Nachlaß, sondern eine Verschlimmerung ein, nimmt vor allem die Macies zu, so zögere ich nicht, angesichts meiner erfolglosen Therapie, die Kranken dem Messer des Chirurgen anzuvertrauen, welche Form der Peritonealtuberkulose auch angenommen werden kann.

Sehr warm tritt J. Comby[2]) (Paris) für die innere Behandlung ein, da ein großer Teil von Peritonitis tuberculosa des Kindesalters einzig und allein durch hygienische Maßnahmen heilbar ist. Man könnte sich mit diesem Votum wohl befreunden, wenn es bei uns nur immer möglich wäre, die Patienten, die zum allergrößten Teil den armen und ärmsten Bevölkerungsklassen angehören, aus der Misère, in der sie sich befinden, herauszunehmen und in geeignete Heilstätten zu schicken. Da ist aber bei der im Verhältnis zu dem Bedürfnis sehr geringen Anzahl von Plätzen in unseren Sanatorien und Seehospizen bis jetzt meist ein unausführbarer Wunsch. Daher sieht sich C. genötigt, manchen Fall operieren zu lassen, bei dem ein exspektatives Verfahren am rechten Ort vielleicht eher zur Heilung führen könnte.

Grätzer.

L. Rollet, Poliklinische Erfahrungen über Ernährung mit Eiweißmilch. (Aus der Univers.-Poliklinik f. kranke Kinder

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an der Kgl. Charité in Berlin.) (Ebenda.) Wenn auch Mißerfolge nicht ausblieben, so erwies sich doch die Eiweißmilch als schätzenswerte Bereicherung des ernährungstherapeutischen Materials und als Mittel, das in der Hand des Kinderarztes sich gut bewähren dürfte.

Ein Mittel, das mit solcher Konstanz oft hartnäckige Durchfälle zum Stillstand bringt, und bei längerer Anwendungsdauer fast stets den Darm für gewöhnliche Nahrung wieder empfänglich macht, muß, selbst wenn es in so und so vielen Fällen den Tod nicht abwenden kann, eine wichtige Rolle in der Behandlung magenkranker Säuglinge spielen. Grätzer.

G. Maier (Freiburg), Koprostase-Appendizitis. (Ebenda.) M. berichtet:

Am 9. Dezember 1910 wurde die ca. 15jährige E. K. wegen heftiger Magen- und Leibschmerzen dem Krankenhause überwiesen. Sie machte einen äußerst leidenden, schwerkranken Eindruck, die Gesichtszüge waren blaß, die Zunge stark grauweiß borkig belegt, die Pulsfrequenz bewegte sich in regelrechten Grenzwerten, eine Steigerung der Körperwärme war nicht nachweisbar. Der Urin enthielt Spuren von Eiweiß, keinen Zucker, etwas Indikan, Diazo war negativ, die Darmtätigkeit war nach Angaben der Mutter der Kranken immer etwas träge, besonders in den letzten Tagen vor der Krankenhausaufnahme. Die äußere Besichtigung ergab eine leichte Auftreibung der Unterbauchgegend, eine erhebliche Spannung daselbst, besonders in der Blinddarmgegend (défense musculaire) und vor allem eine hochgradige Druckempfindlichkeit am Mc Burneyschen Punkte sowie im Bereiche des S Romanum, woselbst reichliche harte Scybala durch die Bauchhaut zu tasten waren. Eine Resistenz in der Blinddarmgegend ließ sich nicht feststellen. Weiterhin fand sich bei dem zart gebauten, mäßig genährten Mädchen eine beträchtliche Erweiterung des Magens. Eine vorgenommene Untersuchung der motorischen Verhältnisse der Magenfunktion ergab eine erhebliche Herabsetzung der Gesamtazidität und der freien HCl sowie eine Verminderung der Stärkeverdauung. Dementsprechend ließ auch die Nahrungsaufnahme zu wünschen übrig. Nach Einleitung einer entsprechenden Therapie (Acid. hydrochloric.) und Diät besserte sich jedoch der Zustand ganz wesentlich. Aus dem Darm entleerten sich reichlich harte Kotmassen, und nach beinahe dreiwöchigem Aufenthalt hatte sich das Allgemeinbefinden der Kranken wieder so weit gehoben, daß man sie nach Hause entlassen konnte. Sie nahm reichlich Nahrung zu sich, assimilierte dieselbe auch ziemlich gut und vollständig, die Leibschmerzen waren völlig geschwunden, die Darmtätigkeit war geregelt, das Aussehen wieder frisch geworden.

Indes schon nach 14 Tagen, am 12. Januar 1911 kam die Kranke — die Mutter hatte den ihr gegebenen Rat, bei dem Kinde für regelmäßigen Stuhlgang zu sorgen, nicht befolgt — mit demselben Symptomenkomplex, wie oben kurz geschildert, wieder zur Aufnahme. Nach einigen Tagen der Beobachtung wurde im Hinblick auf die ganz erhebliche Druckempfindlichkeit in der Unterbauchgegend — sowohl links wie in der Ileozökalgegend — beschlossen, den Wurmfortsatz womöglich zu entfernen, in der Erwägung, daß sehr wahrscheinlich durch die andauernde Koprostase eine Reizung des Appendix zustande gekommen sei. Unsere Vermutung wurde durch den operativen Eingriff voll und ganz bestätigt. Der Wurmfortsatz war bereits verdickt und in seinem blinden Ende fand sich auch ein noch ziemlich frischer Kotstein von hellgelber Farbe. Es bestand also kein Zweifel, daß sich als Folge der Koprostase bereits eine Appendizitis entwickelt hatte, die bei längerem Fortbestande dem Kinde, das ohnehin an Darmträgheit litt, hätte gefährlich werden können. Der Eingriff selbst — eine richtige Intervalloperation — verlief sehr glatt, das Mädchen erholte sich zusehends von Tag zu Tag. Grätzer.

O. Thomsen, H. Boas, R. Hjort und **W. Leschly**, Untersuchung der Schwachsinnigen, Epileptiker, Blinden und Taubstummen Dänemarks mit Wassermanns Reaktion. (Aus

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Statens Seruminstitut Kopenhagen.) (Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 20.) Von 2061 Schwachsinnigen ergaben nur 31 positive Wassermannreaktion (= 1,5%). Von diesen 31 hatten 5 sicher akquirierte Syphilis, die jedenfalls bei 4 von ihnen so spät erworben war, daß nicht angenommen werden kann, der Schwachsinn sei durch sie verursacht. Nur in 26 Fällen (= 1,2%) gab somit die Wassermannsche Untersuchung Anhaltspunkte für die Annahme, daß der vorhandene Schwachsinn möglicherweise in angeborener Syphilis begründet sein könnte. Für 6 Alumnen, bei denen die Reaktion nicht positiv war, lagen jedoch — objektive oder anamnestische — Gründe für die Annahme vor, daß sie wenigstens früher an kongenitaler Syphilis gelitten hatten. Im ganzen konnte somit die kombinierte Untersuchung bei 32 (= 1,6%) Syphilis (wahrscheinlich kongenitale) nachweisen. Von den 26 positiv reagierenden hatten 13 klinische Anzeichen von kongenitaler Syphilis, so daß die Wassermannsche Reaktion also im ganzen unter allen 2061 Fällen nur in 13 über die Möglichkeit eines Zusammenhanges des Schwachsinns mit einer bisher nicht erkannten (kongenitalen) Syphilis Auskunft geben konnte.

Verff. können somit aus ihren Untersuchungen nur den Schluß ableiten, daß die Wassermannsche Untersuchung der Schwachsinnigen Dänemarks keine Anhaltspunkte für die Annahme bietet, daß der Syphilis eine dominierende Bedeutung zukomme in der Ätiologie des Schwachsinns.

Von 259 Epileptikern ergab nur einer positive Reaktion, von 146 Blinden keiner, von 344 Taubstummen drei.

Die Untersuchungen ergaben somit keine Anhaltspunkte dafür, daß die kongenitale Syphilis in der Ätiologie der Epilepsie, der Blindheit und der Taubstummheit eine wesentlich größere Rolle spielt, als man schon bisher wußte. Grätzer.

Bennecke, Zur Bestätigung des Rumpel-Leedeschen Phänomens bei Scharlach. (Aus der mediz. Klinik zu Jena.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 14.) Kürzlich hat Leede auf ein Phänomen hingewiesen, das er bei fast 100% aller Scharlachfälle konstatieren konnte.

Wenn man an einem Oberarme Scharlachkranker eine Stauung erzeugt, die den venösen Blutabfluß aufhebt, den arteriellen Zufluß nicht oder nur wenig behindert, so treten in der Ellenbeuge nach 5—20 Minuten Blutungen auf, deren Größe zwischen der kleinster Spritzer und großer, suffusionsartiger Blutungen in der Haut schwankt. Durch umfangreiche systematische Untersuchungen stellte Leede fest, daß die Blutungen sich am besten mittels des „Riva-Roccischen Apparates" oder einer seiner Modifikationen erzeugen lassen, wenn in der Manschette ein Druck hergestellt wird, der unter dem minimalen Blutdruck zurückbleibt, also bei etwa 45—60 mg Hg; es genügt aber auch eine breite Gummibinde, die mäßig fest um den Oberarm gelegt wird, so wie es zum Zwecke der Venaepunktion bei Blutentnahmen gebräuchlich ist. Nach 5—10 Minuten wird die Binde gelöst und nun die Haut der Ellenbeuge einer Inspektion unterzogen. Nach Leedes Erfahrungen „ist der negative Ausfall des Stauungsversuches als fast sicheres Kriterium gegen den Scharlach zu verwenden, während der positive Ausfall nur zusammen mit den übrigen Symptomen zu verwenden ist." Letztere Einschränkung ist deshalb notwendig, weil ähnliche Blutungen auch bei anderen Krankheiten beobachtet wurden, in einem relativ hohen Prozentsatz z. B. bei

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Masern. Es steht noch nicht fest, ob das Phänomen bereits im Prodromalstadium auftritt; sicher beobachtet wurde es in einer Anzahl von Fällen schon am ersten Tage der Krankheit mit einem Versager. Nach dem 21. Tage scheint das Phänomen nicht mehr konstant zu sein, doch wurde es in der Mehrzahl der Fälle noch am 42., d. h. dem, wegen der hier durchschnittlich erfolgenden Entlassung, letzten Tage der klinischen Beobachtung nachgewiesen; der späteste, noch ein positives Resultat gebende Termin war der 104. Krankheitstag bei einem Kranken mit hämorrhagischer Nephritis.

B. kann nun die Angaben Leedes durchaus bestätigen. Ihm hatte es, nachdem ihm das höchst markante Phänomen bei sicheren Scharlacherkrankungen aufgefallen war, besonders bei den Kindern gute Dienste getan, die, an Angina leidend, wegen Erkrankungen in ihrer Umgebung als scharlachverdächtig der Klinik überwiesen waren, sowie bei denen, wo durch den behandelnden Arzt das Exanthem gesehen, dieses aber bei der Aufnahme in der Klinik bereits wieder geschwunden war. In allen diesen Fällen war das Phänomen positiv und die Erkrankungen erwiesen sich durch den Verlauf als sicherer Scharlach.

Sehr charakteristisch war das Phänomen auch in den Fällen, bei denen bereits ein mehr oder weniger ausgebreitetes, typisches Scharlachexanthem auf Brust und Rücken bestand, die Extremitäten aber noch frei waren. Wurde hier die Staubinde angelegt, so traten in sehr charakteristischer Weise die roten Pünktchen in der Ellenbeuge auf, aber nicht stärker oder schwächer als in den Fällen, wo das Exanthem bereits an den Extremitäten lokalisiert war oder, wo es überhaupt schon geschwunden war.

Es fragt sich nun, wie es mit dem Vorkommen des Phänomens bei anderen Krankheiten steht. B. sah es einige Male auch bei Masern.

Ferner beobachtete er ein ähnliches Vorkommnis bei 2 Kranken mit hochgradiger Blutdrucksteigerung (über 230 mm) infolge chronischer Nephritis. Hier traten, im unmittelbaren Anschluß an die Blutdruckbestimmung, in dem dadurch gestauten Bezirke des Vorder- und Oberarmes miliare bis stecknadelkopfgroße, außerordentlich zahlreiche zackige, nicht prominierende, rot-braune Punkte auf. Diese begannen unmittelbar am unteren Rande der Staubinde, hier sehr scharf abschneidend, und verteilten sich ganz gleichmäßig auf die Streck- und Beugeseite bis herab zum Handrücken. Sehr charakteristisch war in diesen beiden Fällen, daß die Blutungen 14 Tage bis 3 Wochen lang deutlich zu sehen waren, nicht konfluierten und eine noch längere Zeit anhaltende Pigmentierung zurückließen.

Sodann wurde das Phänomen noch in einem 3. Falle beobachtet, der für die in Rede stehende Frage von prinzipieller Bedeutung scheint. Es handelt sich um einen Studenten, bei dem wegen eines Hautausschlages und einer Angina die Diagnose auf Scharlach gestellt war. Das Exanthem war nicht ganz charakteristisch für Scharlach; außerdem bestand eine Bronchitis, ein geringer Milztumor und die charakteristische wässerige Beschaffenheit der Konjunktiven, so daß gleich der Verdacht auf Influenza auftauchte. Es ist zuzugeben, daß die Verwechslung mit Scharlach um so näher liegend war, als

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich auch eine Leukopenie fand. Der Verlauf sicherte die Diagnose Influenza. Dieser Fall bestätigte also die von Leede gemachte Angabe, daß auch bei anderen Krankheiten (z. B. Lues, Masern usw.) das Phänomen positiv sein kann. Da nun das Phänomen scheinbar vom 2. und 3. Tage des Scharlachs an eine Zeitlang stets positiv ist, so würde auch mit einem negativen Resultate für zweifelhafte Scharlachfälle sehr viel gewonnen sein. Es ist zu hoffen, daß möglichst umfangreiche baldige Untersuchungen die Beobachtung auf eine breitere Grundlage stellen, wobei namentlich der zuletzterwähnte Punkt zu berücksichtigen ist, wie oft das Phänomen bei anderen Krankheiten auftritt. Grätzer.

Rupprecht (München), Straffällige Jugend und psychopathische Minderwertigkeit. (Ebenda.) B. kommt zu folgenden Schlüssen:

Psychische Minderwertigkeiten liegen bei Jugendlichen verhältnismäßig häufig vor. Dem Auge des Laien, sei es Lehrer oder Richter, entziehen sich diese inneren Abweichungen von der Norm sehr leicht; nur eingehendere Untersuchungen durch Spezialsachverständige vermögen diese an äußerlichen Symptomen armen, nur durch die Prüfung der gesamten Persönlichkeit, ihres Entwicklungsganges und ihrer Erziehungsverhältnisse feststellbaren psychischen Defekte zu ermitteln. Darum ist auch die in der Neuzeit immer betonte Forderung gerechtfertigt, daß die in Erziehungsanstalten untergebrachten Zöglinge rechtzeitig einer psychiatrisch-psychologischen Untersuchung unterstellt werden, und daß Anstalten errichtet werden, in denen eine Trennung solch psychopathischer Elemente von den normalen Zöglingen ermöglicht ist. Denn erziehungsfähig sind in der Mehrzahl der Fälle diese psychisch degenerierten Jugendlichen, da es sich meist um Rückständigkeit der Entwicklung im Intellekt oder im Willen handelt. Aber die Erziehung muß für diese Personen von anderer Art sein, als die der psychisch gesunden Kinder; sie erfordert insbesondere ein hohes Maß pädagogischen und psychologischen Scharfblickes und strenge, aber liebevolle Geduld. Grätzer.

F. Siegert, Die Eiweißmilch und die verschiedenen Vorschriften für ihre Anwendung beim kranken Säugling. (Ebenda.) Als S. die Eiweißmilch nach den Vorschriften, wie sie Finkelstein und Meyer ursprünglich gaben, anwendete, hatte er nur Mißerfolge, die letztere Autoren auf fehlerhafte Technik schoben. Erst als S. nach einiger Zeit eine andere Technik anwandte, viel rascher mit der Menge stieg, viel früher und reichlicher Kohlehydrat zuführte, hörten die üblen Erfahrungen auf. Nun, 9 Monate nach ihrer ersten Publikation publizieren Finkelstein und Meyer eine verbesserte Technik, die mit der später von S. angewandten ganz übereinstimmt. Also auch diese Autoren müssen wohl mit ihrer ersten Technik üble Erfahrungen gemacht haben. Sie behaupten aber, diese weiche von ihrer zweiten nur „in einigen Punkten" ab. Um zu beurteilen, ob das richtig, macht S. folgende Gegenüberstellung der Publikationen Nr. 1 und 2:

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Mai, Juni 1910, H. 5 u. 6.	Münch. med. Wochenschrift, 14. III. 1911.
Äußerste erreichbare Kohlehydratreduktion ist Prinzip.	Zusatz von 1% Zucker schon bei der Fabrikation, event. noch nachträglicher Zusatz.
Beginn mit höchstens 300 g pro die. Nach eingetretenen trockenen, festen Stühlen (am 3.—4. Tag) Zulage von 50—100 g alle 2 Tage, bis höchstens 1 Liter, bzw. bis 200 g pro Kilo.	Beginn mit mindestens 300 g, event. mehr. Schneller Anstieg auf 180 bis 200 g pro Kilo ohne Rücksicht auf die Stühle oder sonstige Erscheinungen.
Kohlehydratzusatz nur bei geformten Stühlen — und sehr vorsichtig; zunächst 1%, dann allmählich weiter.	Energischer Kohlehydratzusatz schon nach 2 Tagen, wenn die Gewichtsabnahme andauert, rasch steigend auf mindestens 3—4%.
Unter keinen Umständen darf Rohrzucker verwendet werden.	Für leichtere Fälle ist Rohrzucker zulässig.
Ausbleibende Besserung beim vorsichtigen Ansteigen mit der Eiweißmilch, Ausbleiben der festen, trockenen Stühle legen den Gedanken nahe, die Toleranz für die Eiweißmilch sei bereits überschritten, dieselbe muß verlassen werden, Frauenmilch ist nötig. (S. 700.)	Fieber, dünne, häufigere Stühle bilden keine Indikation gegen die Steigerung der Nahrungsmenge und des Kohlehydrates. Man muß vorwärts gehen.
Bleibt bei Kohlehydratzulage der Gewichtsanstieg aus — paradoxe Reaktion — so muß sofort die Kohlehydratzulage wieder entzogen werden (S. 705), bei stärkeren Symptomen die Menge der Eiweißmilch reduziert werden. (Todesfall dabei Fig. 7, S. 344 in der 2. Publikation!)	Unter den gleichen Verhältnissen muß das Kohlehydrat energisch vermehrt werden, auf mindestens 3, selbst 6 und 7%, der Anstieg mit der Menge muß erst recht erfolgen. Die Kohlehydratzulage wieder zu entziehen, ist ein schwerer, verhängnisvoller Fehler. (Sofortige Besserung trotzdem S. 723 der ersten Publikation!)
Man wird in jedem Fall die Kohlehydrate sehr vorsichtig und unter genauer Beobachtung der Kinder dosieren müssen.	Notwendig ist in jedem Falle eine möglichst frühzeitige und ausreichende Zugabe von Kohlehydraten.

S. schließt: „Hoffentlich gelangt diese zweite Publikation von F. und M. zur genauen Kenntnis aller Ärzte, welche auf Grund der ersten zu unverdientem Tadel der sehr leistungsfähigen Eiweißmilch gelangen könnten, ein Tadel, der nur der fehlerhaften ursprünglichen Technik ihrer Anwendung zukommt. Die Eiweißmilch ist, richtig angewendet, eine ausgezeichnete Waffe zur Bekämpfung von Gärung im Säuglingsdarm und wird sicher nach fortgesetzter klinischer Untersuchung über den besten Modus ihrer Verwendung eine noch einfachere präzisere Technik erfahren. Zu wünschen wäre, daß sie nur gegen ärztliches Rezept abgegeben wird, da die irrige Annahme, „Eiweißmilch" sei eine besonders geeignete, kräftige Milch, zu nicht indifferenter Verwendung bei gesunden wie kranken Säuglingen geführt hat."

Grätzer.

H. Weber, Über die „spastische Hüftluxation" und die Veränderungen des Hüftgelenkes bei spastischen Zuständen der unteren Extremitäten. (Aus der Kgl. orthopäd. Univers.-Poliklinik in München.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 15.) 18 Kinder, die wegen Hypertonie der Muskulatur in die Klinik kamen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden an den Hüften radiologisch untersucht. Bei einem Kinde handelte es sich um chronischen Hyprozephalus, der sich in früher Kindheit entwickelt hatte und als Hauptsymptom Spasmen an den unteren Extremitäten zeigte; ein anderes Kind hatte Idiotie mit Spasmen an allen Extremitäten, ein drittes Hemiplegia spastica infantilis. Bei den übrigen 15 Fällen lag Littlesche Krankheit vor.

W. konstatiert bei diesen 18 Patienten eine ganz erhebliche Anzahl von pathologisch veränderten Hüftgelenken. Von 30 einzelnen Gelenken waren überhaupt nur 13 normal konfiguriert. Bei den nicht normalen Gelenken handelte es sich um 4 vollständige Luxationen, 2 Subluxationen und außerdem um eine Reihe von weniger hochgradigen Veränderungen, die neben der Stellung des Kopfes in der Hauptsache die knöcherne Pfanne betrafen. W. hält es für wahrscheinlich, daß die graduell differierenden Hüftbilder verschiedenen Entwickelungsstufen der Luxation entsprechen. Er glaubt, wir sind berechtigt zu der Annahme, daß wir bei den Gelenken, die nur in der Ausbildung der Hüftpfannen und durch leichte Verschiebungen des Kopfes in der Pfanne vom Normalen sich unterscheiden, Anfangsformen von Luxationen vor uns haben. Es war die Übereinstimmung zwischen dem Grad der Krankheit überhaupt und dem Grade der an den Hüftgelenken vorhandenen Deformitäten so auffallend und häufig, daß W. kein Bedenken trägt, hierbei einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen.

Starke Spasmen beeinträchtigen eben, neben ihrer Wirkung auf die Lage der Gelenkteile zueinander, in hohem Maße die Funktion des Hüftgelenkes und dadurch in indirekter Weise das normale Wachstum.

Der starke und konstante Druck des Schenkelkopfes erzeugt eben nicht direkt ein Nachgeben und einen Schwund des Knochens am Pfannendach. Vielmehr denkt sich W. den Entstehungsmodus der spastischen Luxationen folgendermaßen.

Durch den Wegfall normaler Funktion und dadurch, daß Kopf und Pfanne infolge der Muskelspannung dauernd in pathologischer Stellung zueinander gehalten werden, entwickelt sich die Pfanne in unvollständiger und abnormer Weise. Die Steilheit der oberen Pfannenbegrenzung und das geringe Hervortreten des oberen Pfannenrandes, die auf früherer Entwicklungsstufe physiologisch sind, bleibt erhalten. Die Pfanne wird ungeeignet, dem Kopf als Widerlager zu dienen, und unter der Wirkung der den Kopf beständig andrückenden Spasmen rückt dieser mehr und mehr nach oben oder hinten aus der Pfanne heraus.

Wir sehen auch, daß der Kopf in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr konzentrisch eingestellt ist, d. h. Kopfpol etwa gegenüber dem Y-Knorpel oder der Pfannenmitte, sondern zum großen Teil in der oberen Pfannenhälfte und den Pfannenrand mehr oder weniger seitlich überragend.

Mit der zunehmenden Inkongruenz der Gelenkteile geht Hand in Hand eine fortschreitende Deformierung der knöchernen Pfanne selbst, die schließlich, wenn der Kopf völlig luxiert ist, in ein zielloses Wachstum ausartet.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Annahme eines zufälligen Zusammentreffens der Diplegia und Hemiplegia spastica mit der Hüftverrenkung läßt sich nicht mehr aufrecht erhalten. Dagegen spricht auch schon die Häufigkeit dieser Kombination.

Die Hüftbilder, die W. als Anfangsformen deutet, sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit dafür, daß die Hüftgelenkluxationen, welche häufig die Gliederstarre komplizieren, postembryonal entstehen und eine Folge der durch die Muskelspasmen bedingten abnormen Verhältnisse sind.

Die verschiedenen Veränderungen, mangelhafte Ausbildung der Pfannen, Stellungsveränderungen des Kopfes, Subluxationen und komplette Luxationen können ätiologisch auf dieselbe Ursache zurückgeführt werden, auf die Wirkung der Muskelspasmen.

Pathologische Hüftgelenksbefunde, wie W. sie geschildert hat, müssen von nun an zum Symptomenbilde der Littleschen Gliederstarre und ähnlicher Krankheitskomplexe gerechnet werden.

Wir sind berechtigt, die Hüftverrenkungen, welche bei hypertonischen Zuständen der Muskulatur gefunden werden, schon durch die Benennung bezüglich ihrer Ätiologie zu charakterisieren. W. schlägt deshalb für solche Luxationen die Bezeichnung „spastische Luxationen" vor. Grätzer.

C. v. Pirquet, Die Doppelreaktion bei der Kuhpockenimpfung. (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 18.) Aus seinen Versuchen schließt v. P.:

1. Wie bei der Serumkrankheit lassen sich auch bei der Kuhpockenimpfung als verschiedene Formen der zeitlichen Allergie eine sofortige und eine beschleunigte Reaktion unterscheiden.

2. Die beschleunigte Reaktion wird sowohl nach der kutanen Einimpfung von virulenter Lymphe als auch nach subkutaner Injektion von abgetöteter Lymphe beobachtet.

3. Wie bei der Serumkrankheit findet sich ferner auch bei der Kuhpockenimpfung die „Doppelreaktion", d. h. das sukzessive Auftreten von sofortiger und beschleunigter Reaktion. Grätzer.

Vidal, Wirksamste Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. (Aus der Säuglingsfürsorgestelle des Allgem. deutschen Frauenvereins in Darmstadt.) (Ebenda.) Seinen Ausführungen stellt V. die Tatsache voran, daß in Darmstadt seit Errichtung einer Säuglingsfürsorgestelle durch den allgemeinen deutschen Frauenverein vor $3\frac{1}{2}$ Jahren die Säuglingssterblichkeit um mehr als $\frac{1}{3}$, von 15—16% auf 9,3%, zurückgegangen ist, daß damit die geringste Säuglingssterblichkeit unter den mittleren und großen deutschen Städten erreicht ist und Darmstadt auf einer Stufe steht mit den nordischen Ländern Schweden, Norwegen, Irland, welche bisher in dieser Hinsicht als mustergültig angesehen wurden. Es ist also hier zum ersten Male der praktische Beweis erbracht worden für die von Fachleuten schon lange aufgestellte Behauptung, daß sich die Säuglingssterblichkeit mit verhältnismäßig geringen Mitteln ganz gewaltig eindämmen läßt.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Würden die gleichen Erfolge wie in Darmstadt überall in Deutschland erzielt — und es ist kein Grund einzusehen, warum das nicht möglich sein sollte —, so könnten jedes Jahr über 130000 Menschenleben gerettet werden, und zwar mit geringen finanziellen Opfern.

Warum sind nun die gleichen, schönen Resultate, wie sie in Darmstadt erreicht sind, anderswo nicht beobachtet worden, obwohl doch an vielen Orten energisch gegen die Säuglingssterblichkeit zu Felde gezogen wird?

Der Grund für diesen Unterschied ist einfach in der systematischen Aufsuchung und regelrechten Überwachung der Säuglinge in Darmstadt zu finden, während in den meisten anderen Städten nur diejenigen Kinder die Vorteile der Säuglingsfürsorge genießen, deren Mütter Intelligenz genug besitzen, aus freien Stücken die Beratungsstelle aufzusuchen oder sich durch Stillprämien anlocken lassen.

Wollen wir große, durchschlagende Erfolge erzielen, und wir dürfen nicht ruhen, bis uns das gelingt, dann müssen wir von der einfachen Errichtung von Fürsorgestellen übergehen zu einer systematischen Überwachung aller Säuglinge und Mütter aus minderbemittelten Kreisen, von der nur diejenigen Mütter ausgeschlossen werden, welche eine Belehrung direkt ablehnen oder sich als zu gleichgültig oder widerstrebend erweisen.

Dieses Ziel kann aber mit verhältnismäßig geringen Kosten erreicht werden durch einige bezahlte ärztliche Kräfte als Leiter der Säuglingsfürsorgestellen und möglichst hauptamtlich beschäftigte Schwestern oder geschulte Hilfskräfte.

In Darmstadt spielt sich die Überwachung nun folgendermaßen ab: Unmittelbar nach der Entbindung sucht eine Schwester des hessischen Diakonievereins die Wöchnerin auf, belehrt sie aufs nachdrücklichste über die Gefahren der künstlichen Ernährung, widerlegt hier schon im voraus die geläufigen Bedenken gegen das Stillen (Unterernährung, Schädigung der Mutter usw.) und erklärt ihr die Notwendigkeit eines regelmäßigen Besuches der Beratungsstelle. Erscheint die Mutter auch, dem Rate der Schwester folgend, in der Fürsorgestelle, so kommt es doch nicht selten vor, daß sie nach einigen Wochen wieder ausbleibt. Die sofort zur Kontrolle gesandte Schwester findet die Frau vielleicht eben im Begriffe Beikost zu geben, und es ist nun nicht allzuschwer, sie wieder zum regelmäßigen Besuche der Sprechstunde zu bewegen und den Fehler noch auszugleichen. Unterläßt man diese Nachforschungen, so verliert man einen großen Teil der Kinder bald aus den Augen.

Wegen der Schwierigkeiten, welche im Winter der Vorführung ganz kleiner Kinder in der Beratungsstelle entgegenstehen, ist seit 2 Jahren als eine sehr wichtige Ergänzung zu den bisherigen Einrichtungen eine Überwachung der Säuglinge durch die Schwestern im Hause eingeführt. Die Schwester hat dem Arzt über ihre Schützlinge regelmäßig zu berichten und kann, wenn nötig, eine Kinderwage leihweise an die Familie abgeben. Natürlich hängt ein großer Teil des Erfolges von dem Wissen und der Geschicklichkeit der Schwester ab.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf diese Weise hat man eine Überwachung ungefähr des vierten Teiles der Darmstädter Säuglinge auch ohne Stillprämien durchgeführt. Alle theoretischen Bedenken gegen dieses System (sich nicht aufdrängen dürfen, Eingriffe in die hausärztliche Tätigkeit usw.) haben sich in der Praxis als ganz unbegründet erwiesen, und irgendwie erhebliche Kollisionen mit anderen Interessen sind nicht erfolgt.

Grätzer.

E. Langes, Über die Salvarsantherapie bei Schwangeren und Wöchnerinnen. (Aus der Univers.-Frauenklinik Kiel.) (Medizin. Klinik 1911. Nr. 20.) Auf Grund seiner Versuche kommt L. zu folgenden Schlüssen:

1. Salvarsan ist auch in der Gravidität ohne Schädigung und mit gutem Erfolge zu verwenden.
2. Die intravenöse Verabreichung hat sich auch uns als die beste erwiesen in bezug auf Wirkung und Folgeerscheinungen.
3. Möglichst früh in der Gravidität hat die Salvarsanverabreichung zu erfolgen. Dann ist
4. die Prognose für die Gesundheit der Kinder sehr günstig.
5. Sollte während der Gravidität keine Behandlung mit Salvarsan stattgefunden haben, so muß sie gleich nach der Entbindung erfolgen.
6. Durch die Behandlung der Mutter wird auch die Lues der Kinder allein durch die Ernährung an der Mutterbrust günstig beeinflußt.
7. Alle Kinder dieser Mütter, gleichgültig ob sie Zeichen von Lues haben oder nicht, sind an der Mutterbrust zu ernähren.
8. Das Collesche Gesetz hat sich auch uns als falsch erwiesen.

Grätzer.

H. Roeder, Die Wärmemessung der trinkfertigen Säuglingsnahrung. (Aus der Experimentell-biolog. Abteil. des Patholog. Instituts in Berlin.) (Medizin. Klinik 1911. Nr. 21.) Das Brustkind erhält in jeder Hinsicht unübertreffliche Nahrung, eine Nahrung, die mit allen von der Natur verliehenen Vorzügen ausgestattet ist. Nicht an letzter Stelle steht die in biologischer Beziehung wichtige physikalische Eigenschaft einer gleichmäßigen Temperierung auf 37°. Die Anwendung dieses Temperaturoptimums um 37° für die Verabreichung der trinkfertigen künstlichen Säuglingsnahrung war für die Ernährung des gesunden Kindes erstrebenswert und wichtig, für die Ernährung des bilanzgestörten Säuglings und für die Diätetik der Magendarmkrankheiten der Säuglinge ein Problem, dessen praktische Lösung eine dringende Notwendigkeit. Die von R. ausgearbeitete Methode der Wärmemessung der trinkfertigen Nahrung entspricht einem dringenden Bedürfnis und vermag vielleicht die Erfolge der künstlichen Ernährung der Säuglinge zu verbessern. Der bestimmte und gleichmäßige Wärmegrad der natürlichen Nahrung von 37° hat naturgemäß eine Bedeutung, einen bestimmten Zweck. Die Körperwärme der Nahrung sowie die Verdauungsorgane des Kindes, insbesondere der kindliche Magen, stehen miteinander in einer Beziehung, die das Ergebnis einer biologischen Anpassung darstellt. Die Körperwärme ist, wie wir annehmen müssen, allein diejenige Temperatur, welche der Frauenmilch die beste Entfaltung ihrer biologischen Wirkungen gestattet und für

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihre Verdauung, insbesondere für die Verdauung des Eiweißes, das Temperaturoptimum darstellt. Die Körperwärme wäre daher auch für die künstliche Säuglingsnahrung, mit welcher Art von Tiermilch sie auch kombiniert wird, das Temperaturoptimum; d. h. die Körperwärme ist auch für die künstliche Säuglingsernährung, als die Vorbedingung für eine optimale Wirkung der kindlichen Verdauungssäfte unbedingt zu fordern.

Wir haben es bei der Erwärmung von Lösungen vor allem mit einer Verschiedenheit der Wärmekapazität zu tun, das heißt verschiedene Lösungen besitzen eine verschiedene Erwärmungsgeschwindigkeit. Diese auf der Viskosität beruhende Verschiedenheit der Wärmekapazität ergibt, wenn wir sie auf die Wärmekapazität des Wassers beziehen, für verschiedene Lösungen eine derart ungleiche Erwärmung, daß wir in der Tat sagen können, daß die Temperatur des Wasserbades nicht den geringsten Anhaltspunkt an die Hand gibt für die Beurteilung des Wärmegrades des Inhalts der Flaschen. So kann z. B. die Trinkportion der Flasche erst 37° erreicht haben, während das Wasserbad bereits 51° erreicht hat; es besteht dies Verhältnis z. B. zwischen dem Wasser und einer Milchhaferschleimmischung. Oder während der Inhalt der Flasche 37° erreicht hat, hat das Wasser 44° erreicht (Wärmekapazität der Kellerschen Malzsuppe zu der des Wassers). Noch langsamer z. B. erwärmt sich die Buttermilch, denn während das Wasserbad bereits 55° erreicht hat, hat die Buttermilch 37°. Selbst ein im Wasserbad befindliches Thermometer in gewöhnlicher Konstruktion vermag uns den Wärmegrad des Inhaltes in den Flaschen nicht anzuzeigen. Es zeigt nur die Temperatur des Wasserbades an.

R. verfuhr nun derart, daß er die einzelnen bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge vorwiegend verordneten Nahrungsmischungen in verschiedenen Quantitäten zu 50 g, 100 g, 150 g oder 200 g und verschiedene Konzentrationen (verschiedener Milchgehalt) in einem Wasserbad erwärmte und 100teilige Thermometer für die Wärmeprüfungen benutzte, ein Thermometer für das Wasserbad, ein zweites für den Inhalt der Flasche. Das letztere war durch einen leichtabschließenden weichen Wattestopfen hindurchgeführt. Mit jeder Nährlösung wurde bei verschiedener Quantität und Zusammensetzung in dieser Weise eine Reihe von Temperaturprüfungen vorgenommen. Sobald der Inhalt der Trinkflasche die Temperatur von 37° erreicht hatte, wurde auch der Wärmegrad des Wasserbades, abgelesen an dem ihm zugehörigen Thermometer, für jede Einzelbestimmung notiert. Die für verschiedene Quantität und Zusammensetzung jeder einzelnen Nahrungsmischung maßgebenden Temperaturen des Wasserbades differierten zwischen zwei bis drei Teilstrich (2—3/10°). Sie kamen also praktisch nicht in Betracht, so daß also ihr Mittelwert diejenige Temperatur abgab, bis zu der das Wasserbad erwärmt werden muß, um dem betreffenden Nahrungsgemisch die Körperwärme von 37° zu geben. Es wurden also für die gebräuchlichsten Nährlösungen diejenigen Temperaturen festgelegt, bis zu denen das Wasserbad erwärmt werden muß, um dieselben auf 37° zu erwärmen. Es ergab sich auf diese Weise die Aufstellung einer Skala, welche die Zahlen von 40 bis 56 zeigte, also Temperaturen, die das Wasserbad annehmen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mußte und die gegenüber der Wärmekapazität der einzelnen Nährlösung eine verschiedene Höhe hatten. So bedarf z. B. nach diesen Versuchen das Wasserbad einer Erwärmung auf 53°, wenn Liebes Neutralnahrung auf die angegebene Körperwärme gebracht werden soll. Milchkindermehlmischung bedarf einer Erwärmung des Wasserbades auf 52°, Milchhaferschleimmischung auf 51°, Milchwassermischung einer Erwärmung des Wasserbades auf 46° und Vollmilch einer Erwärmung des Wasserbades auf 44°, wenn sie selbst die Temperatur von 37° erhalten soll. Die hiemit im wesentlichen gekennzeichnete Temperaturskala an dem Wasserbadthermometer wurde für den Bau eines entsprechenden Wärmemessers zugrunde gelegt. Aus praktischen Gründen sind an dem auf diesem physikalischen Prinzip aufgebauten Thermometer die diesbezüglichen Zahlen des Wasserbades fortgelassen; es ist ein Thermometer ohne Zahl. Jeder der an demselben sichtbaren Skalenschnitte — dieselben sind für die einzelnen Nahrungsmittel in verschiedenen Farben gekennzeichnet — zeigt die Höhe an, bis zu welcher der Quecksilberfaden ansteigen muß, um ein bestimmtes Säuglingsnahrungsgemisch auf die Körperwärme zu erwärmen.

Bei diesem Verfahren haben wir die Gewißheit, daß Mutter und Pflegerinnen die Trinkflasche wirklich auf die Wärme von 37° zu erwärmen und mit dieser Temperatur die Nahrung wirklich zu verabreichen vermögen. Eine derartige Erwärmung der trinkfertigen künstlichen Säuglingsnahrung ist von dem Wärmegefühl der einzelnen Personen unabhängig, ferner werden die aus der verschiedenen Wärmekapazität der Nährlösungen sich ergebenden Fehlerquellen bei dieser Art von Wärmemessung völlig vermieden.

Das Thermometer enthält auf der linken Seite der Skala die Stricheinteilung für die einzelnen Nahrungsgemische, auf der rechten Seite ihre namentliche Bezeichnung: Buttermilch, Liebes Neutralnahrung, Kellers Malzsuppe, Milchkindermehlmischung (Rademann-Kufeke), Milchhaferschleim und Reisschleimmischung, Milchwassermischung und Vollmilch. Die Bezeichnungen stehen an derjenigen Stelle, bis zu welcher das Quecksilber ansteigen muß, also das Wasserbad erhitzt werden muß, um jede Nahrung auf 37° zu erwärmen. Es war zweckmäßig, eine Verwirrung durch Zahlen zu vermeiden und das Thermometer so zu gestalten, daß Mutter und Pflegerin nur zu beobachten hat, daß durch die Erwärmung des Wasserbades die Quecksilbersäule gerade zu dem Teilstrich ansteigt, an welchem die Bezeichnung der gerade erwärmten Nahrungsmischung vermerkt ist. Der Gebrauchszweck des neuen Thermometers wird durch die Art seiner Konstruktion auch dem Laien übersichtlich und verständlich.

R. hat das Thermometer mit einem Halter, der dasselbe für jedes Kochgefäß verwendbar macht, als einfachste Ausführung angegeben, ferner in einer etwas vollständigeren Ausstattung mit Wärmebecher, Einsatzgestell und Spiritusbrenner versehen. Für Säuglingsheime und Kinderspitäler hat R. größere Apparate mit drei bis sechs Trinkflaschen empfohlen. In den größeren Wärmebechern erwärmt man am besten gleichzeitig Säuglingsflaschen mit gleichartiger Nahrung. Um die Temperatur der Nahrung auch während

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Trinkzeit auf 37° zu erhalten, wird die Trinkflasche in eine hierzu angegebene Flaschenhülse hineingesetzt.

Wir sehen also, daß die praktische Lösung dieses in den Ausführungen R.s zum erstenmal eingehend erörterten Problems der künstlichen Säuglingsernährung in der Tat möglich ist und mit der eben angedeuteten Methode eine einwandfreie Wärmemessung der trinkfertigen Säuglingsnahrung erreicht wird. Grätzer.

Haberfeld, Die Epithelkörperchen bei Tetanie und bei einigen anderen Erkrankungen. (Virch. Arch. Bd. 203. Heft 2.) In dieser Arbeit widmet Verf. ein besonderes Kapitel der Tetania neonatorum. 7 Fälle im Alter von 2—16 Monaten werden mit klinischen und eingehenden pathologisch-anatomischen Daten angeführt. In 6 von diesen 7 Fällen fanden sich Blutungen in den Epithelkörperchen. H. nimmt nach seinen Befunden an, daß diese Blutungen zur Zeit der Geburt eintreten und nicht etwa terminale Erscheinungen sind. An die Blutungen schließen sich Wachstumsstörungen der Epithelkörperchen an. In dem einen negativen Falle fanden sich keine Blutungen, sondern auffallende Kleinheit der Epithelkörperchen und Abweichungen im Zellbau. H. hält die Bedeutung der Epithelkörperchenblutung für das Zustandekommen der Kindertetanie für gesichert. Außer diesen Fällen bringt H. noch einen Fall von latenter Tetanie mit negativen histologischen Befunden, Bemerkungen über das Verhalten der Epithelkörperchen bei kongenitaler Lues und eingehende Besprechung der Verhältnisse bei Tetania adultorum und gravidarum. Bauer, Jena.

Wolff, Ein Beitrag zur Bekämpfung der Diphtherie. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen 1911. Bd. 41. Heft 2.) In einer Diphtherieepidemie, die sich durch 3 Jahre in einem ländlichen Teile des Regierungsbezirks Stade hinzog, waren die prophylaktische Serumbehandlung der gesunden Umgebung und die übliche kostspielige Schlußdesinfektion der Wohnräume der Erkrankten absolut ohne Wirkung, die Ausbreitung der Epidemie einzuschränken; dagegen bewährte sich prompt, daß man zunächst durch bakteriologische Untersuchung die Bazillenträger feststellte und dann isolierte, und zwar ohne sie an der Ausübung ihres landwirtschaftlichen Berufes zu hindern. Diese Maßnahmen ließen sich leicht durchführen, nachdem man die Bevölkerung durch Merkblätter aufgeklärt hatte. Nothmann (Wilmersdorf).

Fielitz, Wohlfahrtspflege und Kreisarzt. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen 1911. Bd. 41. Heft 2.) F., der Kreisarzt in Halle ist, vertritt auf Grund seiner Erfahrungen auf dem Lande in Fragen der Säuglings- und Kinderfürsorge folgenden Standpunkt. Die Bildung eines besonderen Vereines für Säuglingsschutz in jedem Kreise, wie es in Sachsen vorgeschlagen wurde, ist unzweckmäßig, alle Wohlfahrtspflege auf dem Lande muß in einer Organisation, dem Vaterländischen Frauenverein, zentralisiert sein. Die Hebammen müssen zu den Aufgaben der Säuglingsfürsorge herangezogen und zu diesem Zwecke in den einschlägigen Fragen gründlichst unterrichtet werden. Stillprämien an Hebammen (Geldgeschenke

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an Hebammen für jede Frau, die auf ihren Rat ihr Kind stillt) sollen nicht gegeben werden. Den Hebammen soll aber nur die Fürsorge für den Säugling der ersten Lebenstage obliegen, später fällt diese Aufgabe den Gemeindeschwestern und Landpflegerinnen zu, welch letztere ihrerseits auch junge Mädchen in den einschlägigen Fragen unterweisen.

Für vorschulpflichtige Kinder bewähren sich Kindergärten; sehr erfolgreich wirkte bei unterernährten Schulkindern im Saalkreis ein vierwöchentlicher Aufenthalt in der Walderholungsstätte.

Aufgabe des Kreisarztes ist es, sich besonders bei der Mutter- und Säuglingsfürsorge, bei Einführung des schulärztlichen Dienstes und bei der Jugenfürsorge zu betätigen. Nothmann (Wilmersdorf).

Bergh, Ein Fall von kongenitaler Zyste des weichen Gaumens. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1910. Heft 3.) Ein 7 Monate alter Knabe litt seit einem Monat an Atembeschwerden und Hustenanfällen. Als Ursache wurde ein mandelgroßer Tumor von weißlicher Farbe entdeckt, der mit einem dünnen Stiel von der Rückseite der Uvula ausging. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als eine Zyste mit dünnflüssigem Inhalt. Die innere Seite ist wie die äußere von geschichtetem Plattenepithel bedeckt, doch sind beide überall von einander getrennt durch festes Bindegewebe ohne Drüsenbildungen. Der Umstand, daß die Zyste ihren Ausgang in der Mitte einer embryonalen Schließungslinie hatte, und das jugendliche Alter sprechen für eine kongenitale Bildung. A. Sonntag.

Busse (Greifswald), Die Säuglingssterblichkeit in Pommern nach Alter und Geschlecht. [J. D. Greifswald, 1909. (Ref. Zentralbl. f. Gynäkologie 1911. Nr. 16.)] Interessante Übersicht über die Säuglingssterblichkeit in allen drei Regierungsbezirken der Provinz Pommern. Wie überall ist die Mortalität am ersten Tage am größten, fällt dann rasch ab, um am 6.—8., und 12.—15. Tage post partum wieder etwas zu steigen. An der Hand mehrerer Tabellen wird die Gesamtsterblichkeit der Säuglinge im Königreich Preußen damit verglichen, die in den ersten Tagen nach der Geburt bedeutend höher als in Pommern ist, später aber viel weniger ansteigt als dort. Ein ähnliches für diese Provinz ungünstiges Verhältnis ergibt der Vergleich der Sterblichkeitsziffern in der zweiten Hälfte des ersten Lebensmonats. „Daraus folgt, daß in Pommern die Lebenskraft der Neugeborenen größer ist, daß aber dafür die Säuglinge in den späteren Tagen der Krankheiten, insbesondere denen der Atmungsorgane und der Nabelsepsis um so leichter erliegen.“ — Ähnliche Zahlen hat bekanntlich Schloßmann für das Königreich Sachsen ermittelt. — In den einzelnen Lebensmonaten des ersten Lebensjahres steht in der Absterbeordnung natürlich der erste Monat auch an erster Stelle, ihm folgt der zweite, dann nimmt die Mortalität langsam aber sukzessive ab. Im Vergleich mit „Gesamtpreußen“ sterben in Pommern in allen Monaten viel mehr Säuglinge.

Vergleicht man die Absterbeordnung Pommerns nach Stadt und Land getrennt, so ergibt sich, daß die Sterblichkeit in den ersten Lebenstagen bis zum fünften etwa in der Stadt bedeutend höher ist;

Digitized by Google Originalfrom CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebenso in den ersten Lebensmonaten, wahrscheinlich dadurch bedingt, daß auf dem Lande häufiger und länger an der Brust gestillt wird. Eine Statistik über die Ernährungsform der Säuglinge fehlt, da die pommerschen Totenscheine nicht durchweg, wie z. B. die Berliner, darüber Angaben enthalten. — Weiterhin bespricht B. die verschiedenen Theorien, die man zur Erklärung der bekannten Tatsache aufgestellt hat, daß bedeutend mehr Knaben als Mädchen geboren werden, ohne wesentlich Neues zu bringen. Auch in Pommern kommen auf 100 neugeborene Mädchen im Allgemeindurchschnitt 105,2 Knaben, auf dem Lande sogar 106 Knaben. Da aber (auch dort) im ersten Jahre viel mehr männliche Säuglinge sterben, hauptsächlich infolge von Geburtsstörungen und deren Folgen, herrscht gegen Ende des ersten Jahres bereits ein Mädchenüberschuß. B. tritt daher warm für Mutterschutz ein durch Errichtung von Entbindungsanstalten und Wöchnerinnenheimen in größerer Zahl als bisher und wünscht eine Erweiterung des § 137 der Gewerbeordnung dahin, daß den Wöchnerinnen der volle Ersatz für den ausgefallenen Tageslohn für 4 Wochen (und womöglich länger) geboten werde. Wegscheider.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

A. Flinker (Czernowitz), Zur Pathogenese des Kretinismus. (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 18.) Eine Beobachtung, die wohl einzig in ihrer Art ist. Es handelt sich um Zwillinge, von denen der Zwillingsbruder den höchsten Grad des Kretinismus darstellt, während die Zwillingsschwester in jeder Beziehung normal ist. Sie sind am 4. Mai 1884 in der Kretinenortschaft Ispas geboren und sollen beide gut entwickelt auf die Welt gekommen sein, der Bruder zuerst. Im dritten Lebensjahre, als der männliche Zwilling zu gehen und zu reden anfing, zeigte sich, daß er physisch und psychisch zurückgeblieben war. Der Vater, ein berüchtigter Trunkenbold, ist im Alter von 57 Jahren gestorben. Ob er Kropf hatte, ist unbekannt. Die Mutter, die mit einem großen Kropf belastet war, ist im Alter von 40 Jahren gestorben. Von den Geschwistern sind die zwei ältesten normal entwickelt und geistig gesund. Eine ältere Schwester und ein älterer Bruder sind mit Kropf behaftet und tragen ausgesprochene Symptome des Kretinismus.

Das höchste Interesse beansprucht aber das Zwillingspaar. Welch ein merkwürdiges Widerspiel der Natur! Beide haben gleichzeitig in demselben Mutterleibe das fötale Leben durchlebt, beide sind von derselben Mutter ernährt worden, beide sind in demselben Haushalte unter denselben äußeren Verhältnissen aufgewachsen. Dieselbe Nahrung, dasselbe Wasser, dasselbe Klima, die gleichen Sitten und Gebräuche. Und doch! welch gewaltige Disharmonie schon in der äußeren Gestalt. Er gegenwärtig 127 cm (vor sechs Jahren bloß 116 cm), sie 148 cm, er mit dem Stempel des Kretinismus gezeichnet, die Nase breit, an der Wurzel sattelförmig eingesunken, mit großen,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach vorne gerichteten Löchern, die Stirne kurz, die Zähne klein, braun belegt, im Unterkiefer zwei Backenzähne doppelt, die Schilddrüse nicht zu tasten, am ganzen Körper deutliches Myxödem, die Haut trocken, fahl, Geschlechtsorgane zurückgeblieben. Sie vollständig normal entwickelt, vom kleinen Kropf abgesehen, ohne jedes Gebrechen, die Züge regelmäßig und schön, von Myxödem keine Spur, die Geschlechtsorgane normal. Und noch gewaltiger ist der Unterschied in intellektueller Beziehung. Er in jeder Hinsicht geistig zurückgeblieben, die Sprache lallend, sehr schwer verständlich, alle Bewegungen linkisch und unbeholfen, nicht einmal für die einfachsten häuslichen Arbeiten verwendbar, sie ein durchaus intelligentes, aufgewecktes Mädchen mit einem den Durchschnitt ihrer gesunden Umgebung weit überragenden Bildungsgrad.

Wie nun soll man dieses merkwürdige Widerspiel erklären? — Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß der Unterschied auf die ungleiche Entwickelung der Schilddrüse zurückzuführen ist. Denn während bei ihm absolut keine Schilddrüse aufzufinden ist, ist bei ihr ein nahezu apfelgroßer Kropf vorhanden. Es muß also angenommen werden, daß bei ihm eine vollständige Athyreosis Platz gegriffen hat, während bei ihr noch gesunde Schilddrüse vorhanden ist. Es entsteht nun die Frage, wie dieser Unterschied zu erklären ist.

Da eineiige Zwillinge immer gleichen Geschlechtes, unsere Zwillinge verschiedenen Geschlechtes sind, so folgt, daß diese Zwillinge sich aus zwei Eiern entwickelt haben.

Es ist nun schwer anzunehmen, daß der eine mütterliche Keim vergiftet, der andere aber intakt war. Da ferner gar kein Anhaltspunkt dafür vorhanden ist, daß die Zwillingseier durch Sperma von verschiedenen Männern befruchtet wurden (Superfoekundation), so erscheint eine Keimvergiftung sehr unwahrscheinlich, wiewohl dieselbe nicht ganz ausgeschlossen werden kann. Eher schon kann man an eine Schädigung während der ersten Zeit des Fötallebens denken. Da bei Zwillingen eine der beiden Früchte in der Entwicklung erheblich zurückbleibt, so ist vielleicht die Annahme gestattet, daß einer von den Zwillingen für die Schädlichkeit eher disponiert war, so daß es bei ihm zu einer vollständigen Athyreosis gekommen ist, die sich in den ersten Lebensjahren bemerkbar machte, als das Kind zu gehen und zu sprechen anfing.

Allerdings könnte man auch sagen, daß der vielleicht in seiner Ernährung beeinträchtigte männliche Zwilling eine erhöhte Disposition mit auf die Welt gebracht hat und es erst in der Kindheit zu einer so schweren Schädigung der Schilddrüse gekommen ist, die dann zum Kretinismus geführt hat. — Das aber ist sicher: wir stehen hier vor einem Problem, dessen Lösung bei dem gegenwärtigen Stande der Lehre vom Kretinismus sehr schwierig ist. Grätzer.

H. Salzer (Wien), Über Blinddarmentzündung beim Kinde. (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 20.) Die so große Kindersterblichkeit an Blinddarmentzündung ist nicht auf besondere anatomische Verhältnisse, nicht auf die größere Schwierigkeit der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diagnosestellung und auch nicht darauf zurückzuführen, daß bei Kindern die Skolikoiditis einen progredienteren Verlauf nimmt, sondern auf den Umstand zurückzuführen, daß die Kinder noch immer zu spät der zweckentsprechenden Behandlung, das ist in den meisten Fällen der Operation unterzogen werden. Wir müssen uns daran gewöhnen und in diesem Sinne auch das Publikum aufklären, bei den verschiedenen, durch chronische Appendizitis verursachten Symptomen auch wirklich an Appendizitis zu denken und in dieser Richtung hin zu untersuchen und dann die geeignete Behandlung einzuleiten. Wird diese Forderung ebenso energisch durchgeführt, wie es bei den Erwachsenen der Fall ist, so kann es nicht ausbleiben, daß wir auch bei Kindern die Mortalität an Blinddarmentzündung ebensoweit herabdrücken wie bei Erwachsenen. Ja, S. möchte fast sagen, noch energischer als für die Erwachsenen müssen wir die Frühoperation der Appendizitis bei Kindern fordern, einmal, weil man allgemein gewohnt ist, die Magen- und Darmstörungen im Kindesalter fast als etwas Selbstverständliches und nicht als ein häufiges Symptom einer ernstlichen, lebensgefährlichen Erkrankung anzusehen, und dann, weil wir für die Kinder, die kein Bestimmungsrecht für sich haben, denken und sie gegen die Indolenz ihrer Umgebung schützen müssen.

Grätzer.

E. Stock, Ein Fall hochgradiger Lipämie bei juvenilem Diabetes mellitus. (Aus der III. Medizin. Klinik in Wien.) (Wiener med. Wochenschr. 1911. Nr. 20.) St. sah einen 10jährigen Knaben an Diabetes mellitus in kurzer Zeit zugrunde gehen. Der Großvater mütterlicherseits scheint eine Lues gehabt zu haben. Mutter und Schwester sichtlich körperlich minderwertig. Ebenso der Vater, der auch Zeichen einer degenerativen Psychoneurose aufweist. Für Erbsyphilis kein sicherer Anhaltspunkt. Da v. Strümpell an einen Zusammenhang zwischen Erbsyphilis und juvenilem Diabetes denkt, wurde von den erreichbaren Familienmitgliedern (Mutter und Schwester) ebenfalls die Komplementbindungsreaktion vorgenommen. Der negative Ausfall derselben beweist natürlich nichts; aber die mehrfachen Fehlgeburten der Mutter sind mindestens verdächtig. Das Serum des Pat. selbst war — offenbar wegen seines Lipoidreichtums — zur Vornahme der Reaktion ungeeignet. Besonders bemerkenswert ist der große Fettreichtum des Blutes, wie er sich am auffallendsten bei Betrachtung des Augenhintergrundes und in vitro zeigte. Die Herzkrämpfe dürften Schmerzen in der Milzkapsel gewesen sein, wofür die autoptisch festgestellten Infarkte sprechen. Ob der gleichzeitig bestehende Lymphatismus und die abnorme Verkleinerung der Thymus als prädisponierende Momente anzusehen sind, oder bloß als koordiniert neben dem Diabetes juvenilis eine allgemeine, degenerative Minderwertigkeit des Organismus ausdrücken, wird sich erst an der Hand weiteren kasuistischen Materials feststellen lassen. Abschließend wird noch erwähnt, daß auch Klemperer zu dem Schlusse kommt, daß es sich bei den in solchen Fällen enorm großen Blutfettmengen keineswegs um Transportfett handeln kann. Statt aller theoretischen Erwägungen gibt St. die Schlußsätze von Klemperers eingehender Arbeit über diesen Gegensatz: „Die

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lipoide kreisen vielmehr deswegen in vermehrter Menge im Blut, weil beim schweren Diabetes ein vermehrter Zellabbau und Wiederaufbau stattfindet. Beim Zellabbau gelangen Lipoide ins Blut, aus welchem sie für den Wiederaufbau entnommen werden. Die diabetische Lipämie bedeutet eine Mobilisierung der Zellipoide zum Aufbau neuer Zellen." Grätzer.

A. du Bois, Traitement de la hernie inguinale congénitale chez l'enfant en bas âge. (Thèse de Paris 1910.) Obwohl Heilungen von Hernien bei Kindern durch Anlage einer Bruchbinde vorkommen, so muß dies als eine ziemliche Seltenheit betrachtet werden. Die rationellste Behandlungsmethode bleibt für die meisten Fälle die Operation, die keinerlei Gefahren bietet und am zweckmäßigsten zwischen 18 und 24 Monaten ausgeführt werden soll. Bei jüngeren Kindern soll nur dann operiert werden, wenn der Bruch eine ständige Vergrößerung zeigt, nicht reponierbar ist, Erbrechen, Koliken und Abmagerung verursacht, sich einklemmt oder die Gefahr einer Einklemmung besteht. E. Toff (Braila).

E. L. Gautier, La diphtérie à l'hôpital Trousseau en 1909. (Thèse de Paris 1910.) Die Arbeit enthält die Statistik der Diphtheriebehandlung auf der Netterschen Abteilung im Laufe des Jahres 1909. Es können aus derselben folgende Schlüsse gezogen werden. Das antidiphtherische Serum ist nicht in allen Fällen, namentlich wenn es sich um eine bösartige Epidemie handelt, das Mittel, die Krankheit wirksam zu bekämpfen, und in solchen Fällen findet man im Kollargol und Adrenalin wichtige Adjuvantien. Ersteres übt eine vorteilhafte Wirkung auf den Allgemeinzustand aus, setzt die Temperatur herab und vermindert durch seine katalytische Wirkung die toxischen Erscheinungen. Man kann dasselbe in Einreibungen, Klysmen, Lösungen und in schweren Fällen auch in intravenösen Einspritzungen geben.

Das Adrenalin wird intern verabreicht, erhöht den Blutdruck und bessert hierdurch die Kräfte. In vielen Fällen von Diphtherie sind die Nebennieren angegriffen, und da ist die Wirkung des Adrenalins eine sehr wichtige. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß der Nebennierenextrakt eine antagonistische Wirkung gegenüber dem diphtherischen Toxin entfaltet. Man kann von demselben 2—3 mgr pro Tag geben.

Ein weiteres gutes Mittel in der Behandlung der Diphtherie ist das Chlorkalzium, um den serischen Symptomen vorzubeugen. Ferner gegen die postdiphtherischen Lähmungen haben sich die serienweise vorgenommenen Injektionen von Rouxschem Serum als sehr wirksam erwiesen. Während die Mortalität bei dieser Nachkrankheit 48,66 % betragen hatte, fiel dieselbe unter der erwähnten Behandlung auf 12 %.

Endlich werden die guten Wirkungen der präventiven Serumeinspritzungen bei jenen Kindern, die einer Infektionsgefahr ausgesetzt sind, hervorgehoben. E. Toff (Braila).

Landsteiner et **Levaditi,** Transmission de la scarlatine aux chimpanzés. (Société de biologie, Paris, 29. April 1911.) Die Verff. haben mit dem Tonsillenbelage und Blute scharlachkranker Kinder Schimpansen geimpft und bei denselben eine fieberhafte Krank-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heit hervorrufen können, welche durch eine auftretende Angina und allgemeine Hauteruption große Ähnlichkeit mit dem menschlichen Scharlach darbietet. Das Versuchstier erlag der Krankheit, und man konnte bei der Nekropsie Nieren und Hautläsionen, sowie auch Drüsenschwellungen finden. Eine skarlatinöse Erkrankung konnte also auf die erwähnte Weise bei Affen hervorgerufen werden, doch ist es nicht gelungen, durch Inokulation von Kettenkokken (Scharlachstreptokokkus) die oben erwähnten krankhaften Erscheinungen zu reproduzieren.

E. Toff (Braila).

N. I. Nestor und **Frl. Dr. Lucia Coroneanu,** Die Rolle der Keimträger in der Pathogenie und Prophylaxis des typhösen Fiebers. (Spitalul 1911. Nr. 5.) Die Versorgung der Städte mit gutem Trinkwasser und gut geschlossenen Kanälen hat sich als ungenügend erwiesen, um der Verbreitung des Abdominaltyphus in vollkommener Weise Einhalt zu tun. Es hat sich gezeigt, daß in dieser Beziehung die Träger von Typhuskeimen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

Es gibt mehrere Gruppen von Keimträgern. 1. Die gesunden Träger, welche früher Abdominaltyphus in typischer oder atypischer Weise durchgemacht haben und die Typhuskeime noch lange Zeit mit sich herumführen, sowie auch jene Personen, die in der Umgebung von typhösen gelebt haben, die Keime aufgenommen und im Körper beherbergen, welche aber selbst an dieser Krankheit nicht gelitten haben. 2. Die Keimträger, welche sich im Inkubationsstadium des Typhus befinden, welcher Zeitraum bis zu 20 Tagen dauern kann. 3. Die Rekonvaleszenten nach Abdominaltyphus können bis in den dritten Monat nach Aufhören des febrilen Stadiums Typhuskeime beherbergen. 4. Jene, die man als chronische Keimträger bezeichnen kann und die auch nach drei Monaten nach Aufhören der Krankheit Bazillen beherbergen. Daraufhin haben die Verff. bei 40 Kindern, welche Typhus durchgemacht hatten, Stuhl- und Blutuntersuchungen durch längere Zeit vorgenommen und sind zu folgenden Resultaten gelangt. Im 7. Tage der Apyrexie fand man noch bei 22 Kindern Typhusbazillen im Stuhle, was einer Proportion von 55 % entspricht. Dieses Verhältnis war in stetem Abnehmen begriffen, und am 14. Tage fand man die Keime nur noch bei 12 Kindern, also bei 30 %. Am 21. Tage zeigten noch 9 Kinder Keime und am Ende der ersten vier Wochen nur noch 2. Man müßte also in der Bekämpfung des Bauchtyphus diese sehr wichtigen Keimträger ernstlich in Erwägung ziehen, da durch dieselben eine Verbreitung der Krankheit mit Sicherheit stattfinden kann. Es wäre zu wünschen, daß ein spezieller Isolierdienst geschaffen wird, wo alle Keimträger unter Beobachtung gehalten werden sollen, wo jedenfalls jeder Typhusrekonvaleszent bis nach Ablauf der ersten 7 Tage verbleiben soll. Endlich sollen alle gewesenen Typhiker unterwiesen werden, mit besonderer Sorgfalt auf die Reinlichkeit ihrer Hände und die Desinfektion der Dejekta zu achten.

E. Toff (Braila).

Arnold Netter, A. Gendron und **Touraine,** Sérotherapie de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1911. 29. April.) Levaditi und Landsteiner haben zuerst gezeigt, daß das Serum von Affen, die nach der Impfung mit dem Virus der Poliomyelitis krank geworden und am Leben geblieben sind, dieses Virus in vitro neutralisiert. N. und Levaditi haben dann nachgewiesen, daß diese Neutralisation ebenso mit dem Serum von Kindern oder Erwachsenen erhalten werden kann, die eine infantile, sporadische oder epidemische Paralyse überstanden haben. Flexner und Lewis haben bewiesen, daß es möglich ist, beim Affen die Entwickelung einer Poliomyelitis mit wiederholten intraspinalen Injektionen von neutralisierendem Serum zu verhindern, bei genügend großer Dosierung und entsprechend häufiger Wiederholung und frühzeitig beginnender Behandlung. Die Autoren haben diese Methode bei der Behandlung von 4 Kindern und Erwachsenen angewandt, deren Paralyse noch in der Ausdehnung begriffen und zwischen 24 Stunden und 6 Tagen vor dem Beginn der Behandlung aufgetreten war. Die intraspinalen Inokulationen wurden 3—9 mal wiederholt. Die Serummenge war bei jeder Injektion durchschnittlich 9 ccm; nur einmal folgte der Injektion eine geringe vorübergehende Steifigkeit. Das Blut war Personen entnommen, deren infantile Lähmung auf die derzeitige Epidemie oder auf solche älteren Datums zurückging. Einer der kleinen Kranken, ein Säugling von 22 Monaten, erlag während der Behandlung einer Atmungslähmung. Bei den drei anderen wurde der progressive Gang der Lähmung prompt aufgehalten, und die jüngsten paralysierten Manifestationen gingen vollständig zurück. Der interessanteste Fall ist der eines 17jährigen, bei dem die beiden ersten Injektionen eine bemerkenswerte Besserung gebracht hatten, dessen Krankheit indes, 36 Stunden später, eine beunruhigende Reprise zeigte, die durch eine Serie von sechs Injektionen hintereinander zum Stillstand gebracht wurde.

Bei 19, sonst ganz ähnlichen, aber nicht dieser Behandlung unterworfenen Kranken war die Mortalität 31,5 % gegen 25 %, die Besserungen betrugen 36,8 % gegenüber 75 %. Von den 19 Kranken lieferten sechs, die intraspinale Injektionen von Antimeningokokkenserum erhalten hatten, eine Mortalität von 50 % und 33 % Besserungen.

Für die französischen Forscher unterliegt es keinen Zweifel, daß die Serumbehandlung von Nutzen ist, und sie halten die Chancen eines Erfolges für um so größer, je frühzeitiger mit ihr begonnen wird, namentlich wenn es gelingt, die Diagnose des Poliomyelitis in der präparalytischen Phase zu stellen. H. Netter (Pforzheim.)

P. Abrami, Nouveau cas d'ictère hémolytique congénital et familial. Ein neuer Fall von angeborenem und familiären Icterus haemolyticus. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1908. 22. Oktober.) A. teilt einen Fall von angeborenem Ikterus mit, den er seinen klinischen und hämatologischen Charakteren nach in die Gruppe des hämolytischen Ikterus einreiht. Es handelt sich um eine 61jährige Frau, die seit ihrer Geburt einen wenig ausgesprochenen Ikterus hat, der ihr jedoch zu keiner Zeit besondere Beschwerden gemacht hat. Der Großvater hatte übrigens dasselbe Leiden. Der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ikterus ist ein acholischer, die Fäzes sind nicht farblos, und weder Pruritus noch Bradykardie waren je aufgetreten. Dagegen ist die Milz sehr groß, während die Leber bei ihren Dimensionen geblieben ist.

Die Blutuntersuchung ergab eine tiefe globuläre Anämie mit Mikrozythämie und Polychromatophilie, eine Resistenzabschwächung der Blutkörperchen und das Vorhandensein einer großen Zahl granulierter Blutkörperchen. H. Netter (Pforzheim).

Blanchard et **Maillard,** Sur un cas de chromidrose. (Semaine médicale 1908. Nr. 20.) In der Sitzung der Académie médecine vom 17. Dezember stellte Bl. einen 14jährigen Knaben vor, der seit 3 Jahren mit Intervallen in Schüben Chromidrosis nigra der Palpebralregion bekommt. Dem Eintritt des Phänomens gingen zu zwei oder drei verschiedenen Malen fortwährendes Blinzeln und Konjunktivitis voraus. Schließlich traten schwarze Flecke auf dem Oberlid, dann auf dem Unterlid und auf den Nasenflügeln auf. Nach einigen Wochen verschwanden die Erscheinungen, um allerdings bald wiederzukehren. Seit dem Frühjahr 1905 haben sie sich definitiv auf den beiden Unterlidern lokalisiert, aber ihre Ausdehnung variiert wesentlich nach den atmosphärischen Verhältnissen: im allgemeinen größer bei kaltem und feuchtem Wetter, kleiner bis zum gelegentlichen völligen Verschwinden in der heißen Jahreszeit. Im Dezember 1906 hatten die Flecke ihre größte Ausdehnung, indem zu dieser Zeit auf beiden Unterlidern eine schwarze Halbscheibe vom Durchmesser der Lidspalte vorhanden war. Obwohl diese Flecke von einer intensiv schwarzen Farbe waren, ließen sie sich durch Reiben mit einem Tuch oder mit dem Finger zum Verschwinden bringen. Man entfernte dabei eine aus feinen amorphen Körnchen zusammengesetzte pulverförmige Substanz. Bei schärfster Überwachung konnte man zu verschiedenen Malen diese Flecke unter den Augen der beobachtenden Personen sich bilden sehen. Bei der Untersuchung der Haut mit der Lupe sah man den Schweiß an der Mündung der Ausführungsgänge der Schweißdrüsen hervorquellen, sich um das Orificium ausbreiten und auf jedem Unterlid einen verschieden großen Fleck bilden, allmählich grau, dann ganz schwarz werdend. Diese Verfärbung soll nach M. auf der Ausfällung einer im Schweiß in Lösung befindlichen Substanz beruhen, die durch Oxydation in Berührung mit der Luft schwarz wird. Der Schweiß der Knaben enthält also zu gewissen Zeiten und in gewissen Körpergegenden eine oxydable Substanz, deren Natur und Herkunft noch zu bestimmen sind. Die Symmetrie der Erscheinung, ihr zeitweises Aussetzen, ihr Zusammenhang mit der Schweißabsonderung und die meteorologischen Vorgänge lassen einen nervösen Ursprung annehmen und dieselbe in die Gruppe der Trophoneurosen einreichen. Die Blutuntersuchung hatte ein ganz negatives Resultat. H. Netter (Pforzheim).

S. Voronoff, Tuberculome hypertrophique du caecum. (La Presse médicale d'Egypte 1910. 1. Mai. Nr. 8.) 16jähriges eingeborenes Mädchen, das seit sechs Jahren krank sein soll: nächtliches Erbrechen ein- bis zweimal im Monat. Man sprach von be-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weglicher Niere. Seit einem Jahr ist das Erbrechen häufiger, Tumor in der rechten Darmbeingrube. Andauernde Schmerzen in der Tumorgegend, die seit einem halben Jahr zur Bettruhe zwangen. Anorexie, schlechte Nächte, Abmagerung, mit Durchfällen abwechselnde Kotverhaltung.

Man findet in der rechten Darmbeingrube einen faustgroßen, sehr harten, festen, druckempfindlichen Tumor. Am Halse Narben von einer Adenitis herrührend, ferner zwei harte Knoten. Erdfahles Gesicht. Diagnose: Ileozökal-Tuberkulose.

Operation am 13. Mai 1909. Seitenschnitt längs des Außenrandes des Musc. rectus von den falschen Rippen bis zum Schenkelbogen. Nach Eröffnung des Peritoneum findet man einen großen, die Zökalregion einnehmenden und mit der Fossa iliaca adhärenten Tumor. An der Oberfläche disseminierte Tuberkel, Mesenterialdrüsen erkrankt. Den Appendix zu unterscheiden, ist nicht möglich, der in der ganzen Masse eingebettet sein muß.

Das Colon ascendens hat an Volumen bedeutend verloren; die dem Tumor folgende Portion hat einen kleineren Durchmesser als der Dünndarm. Keine Netzverklebungen. Abtragung des Ileum auf 8 cm vom Tumor. Sehr schwierige Operation, da der Tumor mit dem Ureter verwachsen ist. Durchtrennung des Colon ascendens 12 cm oberhalb des Tumors. Das resezierte Darmstück ist 45 cm lang. Das Mesenterium mit den Drüsenpaketen wird zwischen den Schnittflächen des Ileum und Colon asc. reseziert. Latero-laterale Anastomose. Dauer der Operation 45 Minuten. Heilung. Ein Schnitt durch den Tumor zeigt sehr verdickte, harte, speckartige Wände; das Lumen des Zökum kaum bleistiftgroß. Schleimhaut zerstört.

Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Darmtuberkulose ist in Ägypten nach V.s Erfahrungen relativ selten: unter 2300 Operationen dies der zweite Fall, der erste einer Appendicitis tuberculosa. Drei gute Abbildungen des Präparates.

H. Netter (Pforzheim).

Charles Hermann, The treatment of enuresis by reeducation. (Arch. of Ped. 1910. Nr. 8.) Die funktionelle Enuresis wird in Analogie zu den Tickrankheiten und dem Stottern gesetzt. Das den Urin unfreiwillig entleerende Kind besitzt gesunde Organe, hat aber keine Herrschaft über deren Mechanismus und, wie allen Tickranken, fehlt ihm speziell, die Fähigkeit, Bewegungen zu verhindern. Wie man sich nun zur Heilung des Tics der Methode systematischer Übung langsamer Willkürbewegungen im Bereich der Muskeln des Tic-Gebietes mit Erfolg bedient, so wird von Verf. für die Enuresis folgende Behandlung empfohlen: der Patient muß zu regelmäßigen bestimmten Stunden urinieren, darf aber den Urin nicht auf einmal entleeren, sondern muß immer eine kleine Menge zurückhalten und das so lange wiederholen, bis die Blase leer ist. So wird eine Schulung der willkürlichen Blasenentleerung erreicht.

H. Netter (Pforzheim.)

James H. Sequeira, Two cases of fronto-nasal Morphaea with remarks. (British Journ. of Dermat. Nr. 2. Februar 1911.) Die vorliegenden beiden Fälle betrafen ein Kind mit tuberkulöser

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Belastung und eine ältere Patientin mit lange bestehendem Lupusfleck. Dennoch will Verf. hieraus nicht auf einen Zusammenhang der Sklerodermie mit Tuberkulose schließen, da die gleiche bandförmige Sklerodermie oft genug ohne jede Vorgeschichte von Tuberkulose auftritt. Irgendeine äußere Verletzung war nicht auszuschließen, aber auch nicht nachzuweisen, die Thyreoidea normal. Eine in den peripheren Nerven basierende Ursache der Morphea schließt Verf. auf Grund der exakten Lokalisationsfeststellung aus, doch ist eine Störung im Zentralnervensystem, vielleicht ganglionärer Natur wahrscheinlich, welche als vasomotorischer oder trophischer Reiz wirkt. Dennoch will Verf. auch toxische oder bakterielle Einflüsse nicht durchaus verneinen. **Max Joseph (Berlin).**

C. Cotta-Ramusino, Über die Gegenwart eines Eiweißkörpers im Harn gesunder Kinder. (Pediatria 1911. Nr. 2.) Verf. untersuchte in Harnen, die nach dem Vorgang Rusconis mit Barytwasser ausgefüllt waren, auf Eiweißkörper mit der Biuret-, der Adamkiewiczschen, der Millonschen und der Acreeschen Reaktion. Im ganzen wurden 40 Harne von gesunden Kindern verschiedenen Alters (14 Tage bis 9 Jahre) und Geschlechts untersucht. Die Reaktionen waren stets positiv bei gemischter Kost, stets negativ bei Brustkindern und Kindern, die nur Kuhmilch und Mehlbrei erhielten. **M. Kaufmann.**

M. Ponticaccia, Jodtinktur bei der Behandlung des Typhus. (Pediatria 1911. Nr. 2.) Verf. verfügt über 27 sichere Typhusfälle (mit positivem Widal), die systematisch von Anfang an oder wenigstens lange Zeit hindurch mit Jodtinktur behandelt wurden, teils in der Kinderklinik des Krankenhauses in Venedig, teils in der Privatpraxis, und die alle geheilt wurden. Verf. hatte den Eindruck, als ob durch die Behandlungsmethode das ganze Krankheitsbild ein leichteres werde; besonderes günstig wurde meist der Status typhosus beeinflußt, dann auch die Albuminurie; die Höhe des Fiebers wird zwar nicht gemindert, aber sein Verlauf wird regelmäßiger. Der Verlauf der Krankheit wird nicht abgekürzt. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 2 und 11 Jahren; je nach dem Alter betrug die Tagesdosis 8—16 Tinktur; sie wurde so gegeben, daß auf jeden Tropfen 10 ccm Zuckerwasser als Vehikel verwendet wurden. Die Therapie wird bis zur Apyrexie fortgesetzt. **M. Kaufmann.**

M. Condorelli Francaviglia, Myiosis gastrica; nachfolgender Magenkatarrh und Krämpfe bei einem 11jähr. Mädchen. (Riv. di Clin. pediatr. 1911. Nr. 2.) Bei einem 11jährigen Mädchen traten heftige gastralgische Anfälle mit Erbrechen sowie allgemeine Konvulsionen auf. Dabei wurden kleine weiße Würmchen erbrochen. Es wurde eine Kur mit Rizinusöl und Benzonaphthol (4 × 0,75) eingeleitet, und am 5. Tage wurden unter heftigen Krämpfen 200 Würmchen erbrochen. Magenspülungen förderten dann keine Würmchen mehr zutage. Es handelte sich um die Larve von Calliphora vomitoria (1 Exemplar von Eristalis tenax). **M. Kaufmann.**

F. v. Torday, Behandlung der Lues congenita mit Arsenobenzol. (Budapesti orvosi ujsàq 1911. 5. Januar.) Auf Grund

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigener Erfahrungen und fremden Materiales nimmt Verf. Stellung gegen die Verallgemeinerung der Arsentherapie bei Lues cong. ein. Das Natriumazetat ist oft Ursache schwerer Fiebererscheinungen, auch ist der Organismus der Säuglinge gegen Arsen sensibler wie der der Erwachsenen. Die Behandlung durch die stillende Mutter ist Verf. sympathischer. Er wünscht die therapeutischen Experimente im Hospital weiter zu führen, bevor sie in der großen Praxis verallgemeinert werden. Ernö Deutsch (Budapest).

W. Spindler, Die Wirkungen des Podophyllotoxins bei chronischen Verstopfungen und Darmautointoxikationen der Kinder. (Wratsch. Gaz. 1910. Nr. 49.) Bei der Behandlung der chronischen Obstipation kleiner Kinder liegt das Risiko vor, diese an den ständigen Gebrauch von Klistieren oder Abführmitteln zu gewöhnen. Verf. empfiehlt ein relativ unschädliches Mittel, das Podophyllotoxin, das auch längere Zeit hindurch gebraucht werden kann. Bei der Behandlung von 280 Kindern im Verlaufe von 16 Jahren erhielt Verf. 246 mal gute und 34 mal negative Resultate. Er verschreibt:

Rp. Podophyllotoxin 0,25
Spirit. vivi 70% 25,0
MDS. Abends 10—15 Tropfen in Wasser

oder:

Rp. Podophyllotoxin 0,01—0,015
Sacch. alb. 0,5.
M. f. pulv. obl. Nr. XX S. Abends ein Pulver in Zuckerwasser oder Wein.

Kinder	im 1.	Jahre	erhalten	1—2—3 mg
„	„ 2.	„	„	2—4 mg
„	„ 3.	„	„	3—5 „
ältere Kinder			erhalten	6—8 „

Bei chronischen Verstopfungen, besonders wo der Stuhl lehmartig, abnorm gefärbt war, bei chronischer Autointoxikation vom Darmkanal her, wo Verstopfung und Durchfälle miteinander wechseln, wurden die besten Erfolge erzielt. S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

XI. Versammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und III. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands

vom 5. bis 8. Juni in Dresden.

(Nach d. Münchener med. Wochenschrift.)

Die diesjährige gut besuchte Versammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der mit ihnen verbundenen Vereinigung der Schulärzte Deutschlands erledigte eine reichhaltige Tagesordnung. Zum Thema des ersten Tages „Schulärzte an höheren Lehranstalten“ sprachen als Referenten Medizinalrat

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leubuscher-Meiningen und Prof. Doell-München. Der medizinische und der pädagogische Referent vertraten übereinstimmend die Meinung, daß der Schularzt für die höheren Lehranstalten ebenso notwendig und ebenso nutzbringend, wie für die Volksschulen sei. Ohne weiteres ist dieses klar, so weit es sich um Fragen der Hygiene des Unterrichts, des Schulgebäudes und eventuell um die Erteilung hygienischen Unterrichts und um die Belehrung in sexuellen Fragen handelt. Aber auch als Schülerarzt ist der Schularzt an höheren Lehranstalten nicht überflüssig, da sich das Schülermaterial dieser Anstalten keineswegs nur aus Angehörigen der sozial besser gestellten Schichten rekrutiere, die ihre Kinder regelmäßig durch einen Hausarzt überwachen ließen. Gerade an höheren Schulen gilt der Gesundheitszustand im allgemeinen als ungünstig. Die lange Dauer der Schulzeit, in die auch noch die Pubertät mit all ihren gesundheitlichen Gefahren fällt, begünstigt noch ererbte oder erworbene Dispositionen zur Krankheit, und noch mehr als an der Volksschule liegt der Schwerpunkt der Ausbildung des Lehrerpersonals auf der wissenschaftlich-pädagogischen und nicht auf der hygienischen Seite. Eine gute hygienische Ausbildung des Lehrers ist aber für eine wirksame schulärztliche Tätigkeit unbedingt erforderlich. Interessant war die Anregung Prof. Doells, die auch von Geheimrat Burgerstein-Wien gemacht wurde, den Schularzt in den Lehrkörper der Schule aufzunehmen, so, wie es in Ungarn schon eingeführt ist. Die Lehrtätigkeit des Schularztes würde sich dabei keineswegs nur auf Hygiene zu beschränken brauchen, sondern könnte Physik, Chemie, den gesamten naturwissenschaftlichen Unterricht und eventuell Turnen umfassen. Selbst bei der heutigen Ausbildung der Ärzte hält es D. für nicht zu schwierig, daß der Arzt die Lehrbefähigung für diese Fächer erwerbe. Wurden auch über die Zweckmäßigkeit und die Ausführbarkeit dieser letzten vorgeschlagenen Maßnahme in der Diskussion Zweifel laut, so waren sich doch alle Redner über die Notwendigkeit des Schularztes für höhere Lehranstalten einig.

Zu dem Thema des zweiten Tages: **„Was drängt zu einer Reform des Elementarunterrichts und wie ist sie durchzuführen“** erörterte Langerhans-Leipzig die gesundheitlichen Vorteile, die die Einführung der „Arbeitsschule“ mit sich bringe. Die vier Schulkrankheiten, Skoliose, Kurzsichtigkeit, Nervosität und allgemeine Körperschwäche, werden durch diese Art des Elementarunterrichts, der noch kein eigentlicher Schulbetrieb ist, hintangehalten. Wird man auch keineswegs behaupten können, daß die Schule allein diese Krankheiten bedinge, so wird man doch nicht leugnen, daß sie zur Entwicklung und zum Fortschreiten gerade dieser Leiden wesentlich beiträgt. Von besonderer Bedeutung ist, daß die neue Unterrichtsmethode Körperbewegungen als pädagogisches und hygienisches Moment in den Unterricht einführt. Lehrer Springer, der in Leipzig diese Methode einführte, zeichnete dann kurz die Richtungslinien dieses neuen Unterrichts.

Für die Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands referierten G. Poelchau-Charlottenburg und A. Thiele-Chemnitz über **„Krankheitsfürsorge für Schulkinder“**. Beide Referenten erläuterten, daß die schulärztliche Tätigkeit erst durch eine geregelte Krankenfürsorge ihren vollen Nutzen entfalten könne. Es wurden die mannigfachen Einrichtungen der Krankenfürsorge, wie Schulschwester, Merkblätter für die Eltern, Nachforschungen, ob das Kind in Behandlung gekommen ist, durch das Gesetz an die Hand gegebene Zwangsmittel für die Eltern, Ferienkolonien und ähnliche Einrichtungen besprochen und schließlich auf die Zweckmäßigkeit von Schulpolikliniken eingegangen. Bestehen diese auch zum Teil schon für die spezialärztliche Behandlung erfordernden Leiden, so konnte doch nicht klargestellt werden, wer nun die in das Gebiet allgemeiner ärztlicher Tätigkeit fallenden Leiden behandeln solle, wenigstens an den Orten, an denen die Kassen keine Familienversicherung eingeführt haben. Es wurde deshalb angeregt, diese Frage nicht mehr von der Tagesordnung der Vereinigung abzusetzen. Eng an dieses Thema schlossen sich zwei Vorträge an, in denen Dr. Kreißmann-Sonneberg **„Orthopädische Turnstunden“** und Dr. Bolz-Hamburg das orthopädische Schulturnen behandelte. In der Diskussion wurde auf die besondere, auch prophylaktische Wichtigkeit des orthopädischen Schulturnens hingewiesen und entgegen der Eingabe der deutschen Orthopäden an den Minister eine Resolution angenommen, die den Nutzen des von einem orthopädisch ausgebildeten Lehrer geleiteten orthopädischen Schulturnens gegenüber der zeitlich beschränkteren Anstaltsbehandlung hervorhebt. Der Wortlaut dieser Resolution soll noch vom Vorstande fixiert werden.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Außer den Referaten wurden noch eine größere Anzahl Vorträge gehalten. Privatdozent Selter-Bonn sprach einige einleitende Worte für den Besuch der schulhygienischen Abteilung der Hygieneausstellung. Prof. Roller-Darmstadt über **„Die historische Entwicklung der Schulhygiene und ihre Darstellung in der historischen Abteilung in der internationalen Hygieneausstellung“**. Lehrer Lorentz-Berlin verlas 13 Leitsätze von Bauer-Schwäbisch-Gmünd über das **„Verhältnis zwischen Schularzt und Lehrer“** und hielt dann selbst einen Vortrag über **„die Beeinflussung der geistigen Leistungsfähigkeit“**. Er berichtete dabei über Versuche, die er mit dem Weichartschen Antikenotoxin teils an sich mit körperlicher Arbeit, teils an Fortbildungsschülern mit geistiger Arbeit unter Benutzung der etwas modifizierten Burgersteinschen Rechenexempel angestellt hat. In beiden Fällen fand er eine wesentliche Herabsetzung der Ermüdung, die sich namentlich bei den Rechenaufgaben, bei denen die Versuche unwissentlich angestellt worden waren, in einem starken Absinken der Fehler und Korrekturen gegenüber dem Normalversuch aussprach. Prof. Schmidt-Bonn besprach die **„Fürsorge für die schulreifen, aber nicht schulfähigen Kinder“**, für die er Schulkindergärten in Vorschlag brachte, deren Besuch obligatorisch sein und nach dem Gutachten des Schularztes erfolgen müßte. Stadtschulinspektor Dr. Baedorf-Bonn zeigte, wie **„die Berufwahl der Volksschuljugend“** am besten durch ein Zusammenarbeiten aller maßgebenden Behörden, auch durch Mitarbeit des Schularztes geleitet werden müßte. Cohn-Breslau sprach über **„Mittel und Wege zur Beseitigung der Kopfläuseplage an den Breslauer Volksschulen“** und Frank-München-Gladbach über **„die Tuberkulose des Kindesalters und ihre Bekämpfung im Haardter Wald bei München-Gladbach“**, wobei er besonders auf die erschreckende Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit der Jugend gegenüber einer allgemeinen Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit hinwies. Bayerthal-Worms versuchte die Beziehungen zwischen **„Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter“** nachzuweisen und glaubt als Regel aufstellen zu können, daß die durchschnittliche Kopfgröße der Begabten einer Altersstufe größer ist als die der Normalen und Minderbegabten. Sollte sich diese Beobachtung bestätigen, so könnte sich daraus vielleicht einmal eine Kontrolle dafür ergeben, ob der Lehrer auch fähig ist, die richtigen Begabungen unter seinen Schülern zu erkennen. Im einzelnen finden sich aber keineswegs besondere Leistungen bei besonders großem Schädelumfang, wenn man auch umgekehrt unterhalb eines bestimmten Maßes hervorragende Leistungen mit Sicherheit ausschließen dürfe. Für endgültige Schlüsse scheint das Material aber doch noch etwas zu klein zu sein. Rothfeld-Chemnitz demonstrierte seine Tafel **zur Befreiung vom Turnunterricht** (Verlag für Schulhygiene, Johannes Müller, Berlin), die in übersichtlicher Weise die Krankheiten und die dabei zu vermeidenden Übungen für Arzt und Lehrer zusammenstellt. Lehrer Elders-Krefeld zeigte seine Methode zur **Stotterheilung**, die auf dem Prinzip des „offenen Stimmklanges“, des gesungenen Wortes aufbaut, bei der der Stotterer mit einem zwischen die Zähne gesteckten Kork Sätze mit langgezogenen offenen Vokalen üben muß.

Die Leitsätze der Referenten wurden „im allgemeinen“ angenommen, ohne daß zu Einzelheiten Stellung genommen wurde und beschlossen, die nächste Versammlung in Hamburg abzuhalten.

Medizinische Gesellschaft in Göttingen.

Offizielles Protokoll.

Sitzung vom 12. Januar 1911.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

F. Göppert: **Idiosynkrasie gegen Kuhmilch.** Die Kuhmilchidiosynkrasie kann, wie z. B. in einem Fall des Vortragenden, bei vorher stets gesundem, nie mit Kuhmilch ernährten Kinde sich bei der ersten Kuhmilchmahlzeit zeigen (auch Zybell). Meist findet man sie jedoch bei Kindern, die wegen schwerer Ernährungsstörung bei Kuhmilchernährung mit Brustmilch behandelt wurden. Die echte Kuhmilchidiosynkrasie unterscheidet sich von dem Aufflammen der vorher bestehenden Toxikose dadurch, daß letzteres Ereignis nur in den ersten Wochen der kurativen Brustmilchernährung durch irgendein Nahrungsmittel beliebiger Provenienz (in einem Falle z. B. durch zu salzlose Mehlsuppe) hervorgerufen werden kann, zu einer Zeit, wo z. B. im ersten Fall des Vortragenden eine Kuh-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

milchidiosynkrasie gar noch nicht bestand. In diesem Fall war nachzuweisen, daß in den drei und fünf Wochen der Brustmilchkur die Idiosynkrasie nicht vorhanden war, sich vielmehr erst nach dreimonatiger Behandlung bei dem Versuch das Kind abzusetzen, zeigte. In dieser Zwischenzeit muß also die Überempfindlichkeit erst entstanden sein. Die Prüfung der einzelnen Kuhmilchbestandteile auf ihre schädigende Wirkung ergab deshalb so verschiedene Resultate, weil die Versuchsbedingungen so verschieden waren. Unter Ausdehnung der Versuchsanordnung L. F. Meyers bei der Prüfung der Molke auf die Prüfung der anderen Bestandteile scheint eine einheitliche Auffassung möglich zu sein: Es wirken, d. h. schädigend: 1. Vollmilch an und für sich, 2. Buttermilch desgl., 3. Magermilch an und für sich, aber schwächer, stärker mit Frauenmilch zusammen, 4. Molke an und für sich nicht, nur mit Frauenmilch zusammen, 5. Kasein allein nicht, gleichfalls nur mit Frauenmilch, 6. Kasein und Fett (Salge) wohl auch allein, 7. Butter mit Frauenmilch zusammen (Freund), ob aber allein unbekannt, 8. rohes Rindfleisch wirkt nicht. Je nachdem der zugeführte Kuhmilchbestandteil im Magen mit Frauenmilch zusammentrifft oder nicht, müssen die Beobachtungsresultate verschieden sein (vgl. L. F. Meyer und Freund). Den Vorgang kann man sich folgendermaßen erklären. Es besteht in einigen Fällen eine angeborene, in anderen eine nach Kuhmilchschädigung während einer Inkubationszeit entstandene Überempfindlichkeit der Verdauungswege gegen einen den sämtlichen Bestandteilen der Kuhmilch anhaftenden Körper (der seine Wirksamkeit vielleicht erst durch die Magenverdauung erhalten könnte). Die Wirkung denke ich mir so wie die Calmettesche Reaktion bei Tuberkulösen oder die Reaktion der Heufieberkranken auf Pollenstaub. Wird der Schleimhaut in diesem Zustand ein Nahrungsgemisch zur Verdauung zugemutet (nach Finkelstein spielt bei Frauenmilch das Fett die Hauptrolle), so entsteht sekundär die Intoxikation, und zwar um so schneller, je schwerer die Schädigung war. Der positive Beweis, daß es sich, wie viele mit Warnstädt glauben, bei diesem Vorgang um Anaphylaxie handelt, muß jedoch erst erbracht werden (Witzingers Versuch der passiven Übertragung).

Diskussion. W. Rosenthal weist darauf hin, daß die vorgetragene Krankengeschichte in verschiedenen Einzelheiten mit den Beobachtungen über experimentelle Anaphylaxie übereinstimmt. Will man sie in diesem Sinne deuten, so muß man aber noch die Annahme machen, daß ein besonderer Faktor dazu kommen muß, damit das genommene Anaphylaktogen resorbiert wird — eine lebhafte Verdauungsarbeit oder, anscheinend, gleichzeitige Resorption von Milchfett.

Oswald Loeb: **Zur Pharmakologie des Jods.** Vortragender weist auf die Bedeutung der Schilddrüse für die Pharmakologie des Jods hin, worauf gerade neuerdings Heubner[1]) und Heffter[2]) aufmerksam gemacht haben. In der Literatur finden sich wiederholt Angaben, daß bei manchen Tierarten, besonders Katzen, die Schilddrüsen jodfrei seien. Vortragender fand auch die Schilddrüsen von Katzen jodhaltig. Weiter zeigte sich, daß strumös veränderte Schilddrüsen von Früh- und Neugeborenen ebenfalls jodhaltig waren. Zur Frage der akuten Jodwirkung konnte die Angabe Böhms, daß Hunde nach intravenöser Verabreichung von 0,7—0,8 g Jodnatrium nach 12 bis 36 Stunden mit Lungenödem und pleuritischen Exsudaten zugrunde gehen, nicht bestätigt werden. Erst nach Verabreichung der doppelten bis dreifachen Menge JNa konnte ein ähnliches Bild erzeugt werden, wobei es aber schon innerhalb der ersten zehn Stunden zum Exitus kam. Vortragender hält diesen Befund zunächst für eine Salzwirkung; der Organismus sucht sich des körperfremden Salzes nicht nur durch die Exkretionsorgane, sondern auch durch Sekretion in der Lunge zu entledigen, wobei es zu einer Schädigung der sezernierenden Zellen und damit zu Lungenödem und pleuritischen Exsudaten kommt. Als Ergänzung zu früheren Studien über Verteilung von Jodverbindungen des Vortragenden sowie R. v. d. Veldens ist mitzuteilen, daß syphilitisch erkrankte Lymphdrüsen einen doppelt bis anderthalbfach so hohen Jodgehalt aufweisen als das Blut, während normale Drüsen stets einen geringeren Jodgehalt als Blut zeigen. In die Therapie sind neben den Jodalkalien, deren Resorptions-, Ausscheidungs- und Verteilungsverhältnisse von der Hefflerschen Schule[2]) aufgeklärt worden sind, neuerdings sog. Jodeiweißkörper sowie Jodfettsäurederivate eingeführt worden. Von den Jodalkalien ist bekannt, daß in den

[1]) Therapeutische Monatshefte 1909, S. 545.
[2]) Medizinische Klinik 1910, S. 298.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ersten 24 Stunden 60 bis 80% des eingeführten Jods im Urin ausgeschieden wird, der Rest wird stets im Körper zurückgehalten. Analog verhalten sich die sog. Jodeiweißkörper, z. B. das Jodglidin, das übrigens in bezug auf seine chemische Zusammensetzung falsch deklariert ist.[1]) Der Preis der Jodeiweißkörper ist auch auf Jod berechnet 20—30mal so hoch als der der Jodalkalien (Taege). Irgendeine präzise Indikation für die sog. Jodeiweißkörper dürfte vorerst nicht gegeben sein. Anders verhält es sich mit den Jodfettsäurederivaten. Nach früheren Untersuchungen des Vortragenden bleiben nach Verabreichung von Jodalkalien Gehirn, Fett und Knochenmark jodfrei. Nach Verabreichung von lipoidlöslichen Jodverbindungen wird das Jod lipo- und damit polytrop (O. Loeb, v. d. Velden). v. d. Velden[2]) hält diesen Umstand auch therapeutisch nicht für bedeutungslos. Ein bedeutender Vorteil aber ergibt sich ohne weiteres. Bei Verabreichung der Jodalkalien haben wir eine äußerst rasche Resorption und Ausscheidung, wir überschwemmen den Organismus mit dem Jodion, und es ist in einer Konzentration vorhanden, die leicht Jodismuserscheinungen auslöst. Den Magen nicht belästigende Jodfettsäurederivate werden langsam resorbiert, das Jod allmählich abgespalten und nicht innerhalb 24 Stunden, sondern in 60—120 Stunden als Ion in der Hauptmenge ausgeschieden, wobei man, wie erwähnt, in der Lage ist, das Jod durch die Lipotropie in alle Organe abzulenken. Dem Jodival, dem Monojodisovalerylharnstoff gehen Vorzüge ab, da es ebenso rasch wie die Jodalkalien ausgeschieden wird. Unter den erwähnten Gesichtspunkten wurden nach Verabreichung per os Jodipin, Sajodin und Lipojodin, ein Dijodbrassidinsäureäthylester mit 41% Jod untersucht. Lipojodin war am stärksten lipotrop und wurde langsam und regelmäßig ausgeschieden. Interessant ist, daß die Resorption dieses Esters sowie auch des Sajodins nach Verabreichung der Hauptmahlzeiten mit dem gewöhnlichen Gehalt an Fetten die beste ist.

Diskussion. Herr Oppler beobachtete bei einer 30jährigen Dame, welcher gegen die zur Zeit der Menstruation infolge von Schilddrüsenaufschwellung verursachten Beschwerden 1,5 g Jodkali pro Tag verabreicht wurde, das Auftreten des typischen Geruchs nach Jodoform; er war so ausgesprochen, daß er einen Laien zu der Frage veranlaßte, ob die Patientin eine Verletzung erlitten habe. Die äußerst zuverlässige, nicht hysterische Patientin, welche dauernd in ärztlicher Beobachtung war, stellte jede Berührung mit Jodoform auf das bestimmteste in Abrede. Die Beobachtung läßt demnach nur die Deutung zu, daß Jodkali in Jodoform umgewandelt und als solches ausgeschieden wurde.

Heubner betont, daß beim jetzigen Stand der Erkenntnis theoretisch drei Wirkungen der Jodtherapie in Betracht zu ziehen sind: Salzwirkung, Steigerung der physiologischen Wirksamkeit der Schilddrüse und Änderung des Stoffansatzes in pathologischen Gewebsbildungen (besonders Gummata, vielleicht auch Arteriosklerose). Es ist nicht unwahrscheinlich, daß bei der vielseitigen therapeutischen Anwendung des Jods jede der drei Wirkungsmöglichkeiten ihren besonderen Indikationsbereich hat. Daraus wieder könnte sich bei sorgfältiger klinischer Analyse vielleicht eine Abgrenzung für die Anwendung von Jodiden einerseits, Jodfetten andererseits ergeben. Die Bildung elementaren Jodes auf den Schleimhäuten des Magens, des Bronchialbaums und in den Hautdrüsen hält H. auch ohne Gegenwart von Nitriten für möglich. Gegenüber der Mitteilung von Herrn Oppler bemerkt er, daß Jodoform durch den Geruch allein nicht immer mit Sicherheit von anderen Jodverbindungen zu unterscheiden sei.

III. Neue Bücher.

Prof. Claparède. **Kinderpsychologie und experimentelle Padagogik**, übersetzt von Franz Hoffmann. Leipzig 1911. Verlag von Ambros. Barth. Preis: 4,80 Mk.

Die französische Ausgabe der „Kinderpsychologie" des bekannten Genfer Psychologen Claparède ist nach wenigen Jahren bereits in IV. Auflage erschienen. Diese ist

---

[1]) Siehe auch Taege, Medizinische Klinik 1910, Bd. 6, S. 1536, und Bröcking, Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie 1910, Bd. 8, S. 134.

[2]) Therapeutische Monatshefte 1910, S. 632.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vom Seminarlehrer Hoffmann in mustergültiger Weise ins Deutsche übersetzt und für den psychologischen Anfänger mit Anmerkungen versehen worden. Cl. teilt den großen Stoff nach einer Einleitung: Psychologie und Pädagogik in 5 Kapitel ein. Im 1. Kapitel: „Geschichtlicher Überblick" schildert Cl. in fesselnder Weise, welchen Aufschwung diese junge Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten genommen hat. Nachdem der Autor im 2. und 3. Kapitel die Probleme und Methoden der Kinderpsychologie und experimentellen Pädagogik beschrieben hat, wendet er sich im 4. und 5. Abschnitt der geistigen Entwicklung und der geistigen Ermüdung zu. Das „Gedächtnis", „die Intelligenz" und „der Wille" soll in einem anderen Werke Platz finden. Nach jedem Kapitel findet sich eine reiche Bibliographie, die dem Weiterstrebenden in der Vertiefung seiner Studien behilflich ist. Im 4. Kapitel widmet Cl. dem für die Kinderpsychologie und Pädagogik so wichtigen Begriff des „Interesses" eine eingehende Würdigung. Im 5. Abschnitt, der Ref. am gelungensten erscheint, beschreibt Cl. die Ermüdungsmessungen, die Ermüdungskurve, den Einfluß der verschiedenen Faktoren auf die Ermüdbarkeit, die Probleme der Ermüdung und Übermüdung (surmenagé), die Ruhe und den Schlaf. Das Buch nimmt in der modernen kinderpsychologischen Literatur einen hervorragenden Platz ein und verdient wärmste Empfehlung.

A. Feuchtwanger.

Dr. E. Hitschmann. **Freuds Neurosenlehre.** Nach ihrem gegenwärtigen Stande zusammengestellt. Leipzig u. Wien 1911. Franz Deuticke. Preis: 4 Mk.

Wer den derzeitigen Stand der vielumstrittenen, heftig befehdeten Lehre des Wiener Psychiaters Freud kennen lernen will, dem sei das vorliegende Buch empfohlen. Es soll als Einführung dienen sowie als Anregung zum Studium von Freuds Arbeiten und der Verwendung seiner psychanalytischen Methode.

A. Feuchtwanger.

J. Zappert, R. v. Wiesner, K. Leiner. **Studien über die Heine-Medinsche Krankheit.** Leipzig u. Wien. F. Deuticke. Preis: 6 Mk.

Von der pädiatrischen Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien wurde im Jahre 1909 eine Sammelforschung eingeleitet, die klinisch-epidemiologische Studien über die akute Kinderlähmung verfolgte; im pathologisch-anatomischen Institut der Universität Wien wurde die ätiologische und anatomische Erforschung dieser Krankheit unternommen. Die Ergebnisse dieser Forschungen sind nun in der vorliegenden Monographie vereinigt, womit ein Überblick über den derzeitigen Stand der gesamten Pathologie der Poliomyelitis acuta gegeben ist. Jeder Arzt wird sich mit großem Nutzen dieses Buches bedienen und sollte nicht versäumen, von dieser Gelegenheit Gebrauch zu machen.

Grätzer.

E. Feer. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Jena 1911. G. Fischer. Preis: 11,50 Mk.

An guten Lehrbüchern der Kinderheilkunde besteht kein Mangel. Aber bei den ungeheuren Fortschritten, welche gerade die Pädiatrie in neuester Zeit zu verzeichnen hat — man denke z. B. an die Ernährungslehre, die Magendarmkrankheiten — veralten solche Werke ziemlich rasch, und neue Auflagen lassen manchmal lange Zeit auf sich warten. Ein neues Lehrbuch, das die neuesten Errungenschaften der Wissenschaften bringt, ist daher stets willkommen, zumal wenn ein Autor wie Feer in Gemeinschaft mit Männern wie Finkelstein, Ibrahim, L. F. Meyer, Moro, v. Pirquet, Pfaundler, Thiemich, Tobler es verfaßt hat. Die Bearbeiter haben sich von allen Weitschweifigkeiten fern gehalten, kurz und klar wird alles gesagt und durch zahlreiche ausgezeichnete, zum Teil farbige Abbildungen dem Verständnis näher gebracht. Das Werk ist ein zuverlässiger Führer und Berater in allen Fragen der Pädiatrie und müßte auch von den praktischen Ärzten viel benutzt werden. Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Der II. Kurs und I. Kongreß für Familienforschung, Vererbungslehre und Rassenhygiene wird April 1912 in Gießen unter Leitung von Prof. Sommer stattfinden. Bei dem Kurs werden die Beziehungen von Genealogie, Psychiatrie, Vererbungslehre unter Berücksichtigung verwandter Erscheinungen aus der Botanik, Zoologie und Anatomie in systematischen Vorträgen von Fachmännern dargestellt und eine methodische Einführung in das ganze Gebiet ge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geben werden, wobei Regeneration und Rassenhygiene besonders berücksichtigt werden. Das genaue Programm des Kongresses wird im Herbst erscheinen. Anmeldungen an Prof. Sommer in Gießen.

Berlin. Betreffs die ärztliche Aufsicht über Erziehungsanstalten verlangt eine neuere Bestimmung der Minister des Innern und des Unterrichts, daß solche Anstalten alljährlich revidiert werden, in denen Fürsorgezöglinge, Waisen, Verlassene und Verlorene aufgenommen werden, mithin sämtliche Waisen- und Rettungshäuser sowie ein Teil der Kinderbewahranstalten. Die Landräte und Polizeiverwaltungen sind angewiesen worden, dem Kreisarzt ein Verzeichnis der Anstalten zu übersenden, die alljährlich zu besichtigen sind. Außerdem sollen alle neuen Anstalten mitgeteilt werden, die inzwischen eröffnet werden. Über die Kleinkinderschulen und Kleinkinderbewahranstalten, Kindergärten und dergleichen haben die Kreisschulinspektoren die entsprechenden Meldungen zu erstatten.

Eine Krüppelfürsorge- und Beratungsstelle ist Skalitzerstr. 9, am Kottbuser Tor, von der Berlin-Brandenburgischen Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt eröffnet worden. Sie wird von Herrn Dr. Biesalski geleitet und erteilt Rat und Auskunft an Eltern, Vormünder, Vereine, Behörden in Sachen der Heilung, Unterbringung, Erziehung und Ausbildung von Krüppeln und hilft bei der Auswahl eines geeigneten Berufes. Wochentäglich von 4—5 Uhr werden orthopädische Kranke ambulant behandelt.

Prof. Dr. Arthur Keller, Direktor des Fürsorgeamtes am „Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche" und Generalsekretär der „Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz" ist zum „ärztlichen Beirat der Preußischen Landeszentrale" bestellt worden. Alle die Preußische Landeszentrale und die Redaktion der Zeitschrift „Unser Weg" betreffenden Anfragen sind an die Geschäftsstelle, Berlin W. 9, Potsdamerstr. 134a, zu richten.

Es sind in diesem Sommer 25 Jahre verflossen, seit der Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten den Bau seines großen Hospizes auf Norderney fertigstellte und damit zum ersten Male in Dentschland eine Anstalt dieser Art größeren Stils eröffnete. Aus diesem Anlaß fand in Norderney eine Feier statt, bei der Geheimrat Ewald, der seit Gründung des Vereins das Amt des Generalsekretärs führt, die Festrede hielt; sie ist in der Berliner klinischen Wochenschrift Nr. 32 veröffentlicht und enthält einen Überblick über den Entwicklungsgang, die Ziele und Aufgaben der Vereinigung. Wir entnehmen ihr u. a., daß 265 Kinder in sieben Pavillons aufgenommen werden können; für ansteckende Krankheiten sind zwei Isolierbaracken vorhanden, für chirurgische Fälle ein Pavillon mit 24 Betten. Das Hospiz ist mit allen modernen Einrichtungen versehen. Der Pflegesatz für bemittelte Kinder ist auf 20—25 M, für unbemittelte auf $12^1/_2$ M pro Woche festgesetzt. Die bisher erreichten Erfolge sind so ermutigend, daß der weitere Ausbau der Schöpfung dringend wünschenswert ist. (Deutsche med. Wochenschrift.)

Weißensee. Am 8. Juli ist das Gemeinde-Säuglingskrankenhaus eingeweiht und zum Neubau des Säuglingsheims und der Säuglingskrippe des Vereins Säuglingskrankenhaus Berlin der Grundstein gelegt worden. Ersteres hat 60, die beiden letzteren je 20 Betten.

Dr. H. Stettiner ist zum Leiter der Chirurgischen, Dr. Proskauer zum Leiter der Otolaryngologischen Abteilung des Säuglingskrankenhauses in Weißensee ernannt.

Stuttgart. Am 29. Juni ist das neue Säuglingsheim eingeweiht worden.

Graz. Dr. K. Potpeschnigg, Assistent der Kinderklinik, hat sich habilitiert.

Bologna. Ein Schulgebäude für trachomkranke Kinder ist im Bau begriffen.

Gestorben. Prof. Dr. A. A. Russow, Direktor des Kinderspitals des Prinzen von Oldenburg in St. Petersburg, 65 Jahre alt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.**
Elberfeld u. Leverkusen b. Mülheim a./Rh.

Adalin

(Bromdiaethylacelylcarbamid.)

Unschädliches Sedativum
für die Kinderpraxis,

fast geschmackfrei, ohne Neben- u. Nachwirkungen, empfohlen u. a. bei Pavor nocturn., Eklampsie, Tetanie, Unruhe b. Dentition usw.

Ausgezeichnete Erfolge bei Pertussis.

Dos. für Kinder v. 1—10 Jahren: 0,1—0,25 g.
Säuglinge entspr. weniger.

Dürkheimer Maxquelle

Stärkste Arsenquelle Deutschlands
(Arsengeh. 17,4 mgr. As_2O_3 i. l.)
Bestbekömmlichstes aller Arsenwässer von frappanter Heilwirkung.
In der Kinderpraxis außerordentlich gut bewährt.
Das Wasser wird gerne genommen und gut vertragen.

Probequantum, Literatur, Prospekte und Trinkschemata den Herren Ärzten unentgeltlich und franko.

Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Wiesbaden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie.

Von

Dr. Ernst Runge

Assistent an der Universitäts-Frauenklinik der Königl. Charité zu Berlin.

8°. 164 Seiten. 1908. M. 4.25.

Münchener medizinische Wochenschrift. . . .Jeder, der das Werk liest, wird erstaunt sein über die Masse des Materials, welches der Verfasser sammeln konnte: überall, wo ihm eigene Beobachtungen — Verfasser ist Assistent der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité in Berlin — zu Gebote standen, sind diese eingefügt. Die Darstellung ist — bis auf die neueste Zeit vollständig — knapp und klar, das Werk füllt eine fühlbare Lücke der gynäkologischen Literatur aus und wird jedem Gynäkologen ein wichtiges Nachschlagebuch werden. Die Ausstattung ist gut.

„Tussiculin“ Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich.“

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wichtig für die Herren Ärzte!

60 % lösliche Kohlenhydrate enthält

Kaiser's sterilisiertes Kindermehl

(höchster Prozentsatz der gebräuchlichsten Kindernahrungen)

Preis per 1/2 Ko.-Dose M. 1.25.

Infolge dieser Vollkommenheit bewährt es sich nach Aussage vieler Ärzte stets bei Brechdurchfall, Darmkatarrh und Diarrhoe. Für gesunde und kranke Kinder leichtverdaulichster und nahrhafter Zusatz zur Milch.

Kaiser's Kindermehl gibt Kraft & Knochen

Ärztliche Literatur und Proben gratis.

DIASANA nach Dr. Ferd. Keppler, leichtverdaulichstes Nähr- und Kräftigungsmittel. Ersatz für Ochsenfleisch, besitzt mehr als 1 1/2 fache Nährkraft. Diasana bewirkt bei stillenden Müttern reiche und gesunde Milchbildung. Diasana sollte an keinem Krankenbette fehlen. Es kann für sich allein genossen, oder jeder Speise und allen Getränken beigesetzt werden. — Ärztliche Literatur und Proben gratis. — Preis 1/2 Ko.-Dose M. 1.70.

Fr. Kaiser, Waiblingen-Stuttgart.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum

für Studierende und Ärzte.

Von Dr. H. Schmidt, Dr. L. Friedheim, Dr. A. Lamhofer u. Dr. J. Donat.

Zehnte Auflage. VI, 436 Seiten mit Abbildungen. 1911.
Geb. M. 6.—. Gebunden und mit Schreibpapier durchschossen M. 7.—.

Die Spezifität der

Odda-K. — Kindernahrung nach **Prof. v. Mering** — liegt, abgesehen vom Gehalt derselben a den Eiweißkörpern und dem Lecithin des Eidotters, vor allem in der **Art des Fettersatze**

Das, ähnlich wie in der Frauenmilch, nur spurenweise Vorhandensein der empfindliche und geschwächte Verdauungsorgane nachgewiesenermaßen stark irritierenden Butter-, Capron- etc. Säure und flüchtiger Fettsäuren, unterscheidet die Odda-K. vorteilhaft vor allen Konkurrenzpräparaten bei sonst physiologisch gleichwertiger Beschaffenheit. — Bei den verschiedenartigsten Verdauungsstörungen hat sich unsere Odda-K. ebenso bewährt wie bei Atrophie und Rachitis.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 1,40 Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 0,80 Mk.

Odda-M. R. — für Magenleidende und Rekonvaleszenten — findet

1. **allgemeine Anwendung** überall dort, wo man in leichtest verdaulicher und leichte assimilierbarer, reizloser Form konzentriert nähren will;
2. **spezielle Anwendung** bei Magen- und Darmleiden, Ulcus ventr., Superazidität, Nephrit und salzarmer Diät.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 2,— Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 1,10 Mk.
Kassenpackung = 180 gr. Inh. = 0,75 Mk.

Eisenodda (ca. 1,5 % Eisen an N-Stoffe geb.) **vereinigt den Gebrauch eines Eisen- und Nähr präparates** in bekömmlichster, einfachster und billigster Art und Weise.

1/1 Dose = 200 gr. Inh. = 1,90 Mk. 1/2 Dose = 100 gr. Inh. = 0,95 Mk.

Proben und Literatur für die Herren Ärzte kostenfrei.

Deutsche Nährmittelwerke Berlin, G. m. b. H., Strehlen, Schl

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie

von Oberstabsarzt Prof. Dr. **A. Dieudonné** in München.

7., umgearb. Auflage. 8°. VIII, 243 Seiten. Mit Abbildungen. 1911.
M. 6.80; geb. M. 7.80.

Hygienische Rundschau. Das Werk ist zum ersten Male im Jahre 1895 erschienen und hat schon damals allgemeinen Beifall gefunden. Auch heute noch, wo mehrere andere handliche Bücher denselben Stoff behandeln, ist seine Beliebtheit ungemindert... Das Buch wird auch in der neuen Auflage weite Verbreitung finden, bei Anfängern zum Studium wegen der leicht lesbaren Darstellung, bei Geübten zum Nachschlagen wegen der großen Menge der zitierten Arbeiten.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke. Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke, E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**

Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

Dr. Walther Koch's ‚PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung :: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. O. Opels Kinder-Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel

Bessert die Ernährung, speziell indiziert bei **Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen** und **Skrofulose.**

à Pfund M. 1.30.

Kinderbiskuit „Heima"

Blut- und knochenbildend.

Für die ersten Kauversuche. Indiziert bei **allen Arten von Unterernährung, Blutarmut** und **englischer Krankheit.**

à Pack M. 0,30.

Literatur und Proben gern zu Diensten.

Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,

Berlin SW. 48

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei Bestellungen bitten wir sich stets auf die Anzeige im Zentralblatt für Kinderheilkunde zu berufen.

München, Dr. Pfeuffer's Hämoglobin.

München, den 10. Juli 1884.

Die k. Untersuchunganstalt bezeugt, daß die von Herrn Dr. Pfeuffer bereiteten und anher zur chemischen Untersuchung überschickten Hämoglobin-Pastillen im Durchschnitt 1,3 Gramm Hämoglobin (natürliches Eiseneiweiß) enthielten, und daß dieselben frei sind von für die Ernährung ungeeigneten Bestandteilen, wie solche im gewöhnlichen Blute als Exkretionsstoffe (Auswurfstoffe) vorhanden sind. Obige Untersuchung bestätigt:

Dr. Rudolf Emmerich, Prof. an der Universität München.
Dr. Max von Pettenkofer, Geheimrat, kgl. Prof. an der Univ. München.

Preis: **Hämoglobin-Extrakt-Syrup** ein Topf M. 1.60.
Hämoglobinzellchen M. 1.60 oder M. 3.—, ausreichend für 3 Wochen.

Ludwigs-Apotheke in München. — Erhältlich in Apotheken.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG.

Handbuch der Hygiene

Bearbeitet von achtzig Fachgelehrten

Herausgegeben von

Dr. med. TH. WEYL

Privatdozenten der Technischen Hochschule zu Charlottenburg-Berlin.

10 Bände und 4 Supplementbände. 9450 Seiten mit 2092 Abbil-
:: dungen im Text, 3 Beilagen und 31 Tafeln. 1893—1904. ::

Brosch. M. 165.—, in 14 Halbfranzbände geb. M. 191.50.

Ausführlicher Prospekt mit Angabe der Preise der einzelnen Bände und Referenzen steht auf Verlangen kostenlos zu Diensten.

Korrespondenzblätter für Schweizer Ärzte: Ein durchaus empfehlenswertes, vielseitig brauchbares, im ganzen exaktes Werk. Bekanntlich ist es eine Sammlung von Monographien, deren Verfasser jeweilen nach Studium und Stellung sachverständig sein dürften; die gewandte und stramme Direktion (Th. Weyl) hat für die nötige Vollständigkeit und Gleichmäßigkeit gesorgt. Gesundheitsbehörden und Bibliotheken werden es nicht bereuen, das ganze Werk angeschafft zu haben.

Wiener klinische Wochenschrift: Das Weyl'sche Werk kann infolge der Reichhaltigkeit seines Inhaltes, sowie der Gründlichkeit der Bearbeitung desselben jedem praktischen Arzte empfohlen werden, es wird aber auch demjenigen, der sich über eines der einschlägigen Kapitel gründlicher informieren will, durch die sorgfältigen Literaturangaben gute Dienste leisten.

Digitized by Google — Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. Oktober 1911. Nr. 10.

I. Originalbeiträge.

(Aus der Poliklinik für innere Krankheiten Rixdorf-Berlin.)

Opels Nährzwieback in der Kinderpraxis.

Von

Dr. **Fränkel.**

Unter den vielen Krankheiten, die man bei Kindern in der Praxis aurea, wie in der poliklinischen antrifft, spielen wohl mit am häufigsten die Rachitis und ihre verwandten Krankheiten eine große Rolle. Es nimmt dies wohl auch kein Wunder, da dieses Leiden gerade meistens in der Ernährung zu suchen ist; sei es, daß dieses kongenital dem Kinde im fötalen Leben durch die Mutter beigegeben ist, sei es, daß das Kind dasselbe später erst akquiriert. Die Nahrung wird meist sowohl von den bemittelten, wie unbemittelten Müttern durch Unwissenheit, übergroße Liebe oder durch Armut unzweckmäßig gewählt, so daß in der Kindernahrung meist das fehlt, worauf die Basis zur Gesundheit, zur Knochen- und Muskelbildung wie zum gesamten Körperaufbau beruht. Es sind dies in der Hauptsache die phosphorsauren Salze, die zur Verhärtung des ossoiden Gebildes, wie zur übrigen Zellenentwicklung nötig sind. Bei den vielen Kindern, die mir wegen Rachitis und Knochenweichheit in Behandlung kamen, habe ich natürlich die mannigfachsten Präparate in Anwendung gebracht. Phosphor, Lebertran, Phosphor mit Kalk in Emulsion usw. Diese Präparate schlugen auch vielfach sehr gut an, doch ebenso oft mußte ich sie fortlassen, teils wegen ihrer Nebenwirkungen (Durchfall, Magenbeschwerden), teils auch scheiterten die Versuche an dem unbezwingbaren Widerwillen gegen dieselben in der Kinderwelt. Ich wurde daher immer wieder veranlaßt, auf ein seit Jahrzehnten im Handel befindliches Präparat zurückzugreifen, und halte es infolgedessen auch für durchaus angebracht, erneut auf dieses Mittel, den bekannten Opelschen Nährzwieback, hinzuweisen und meine in der letzten Zeit mit ihm gesammelten Erfahrungen zu veröffentlichen.

Zunächst einiges über die chemische Analyse seiner Nährsalze: Nach dem pharmazeutischen Kreisverein Leipzig, Bureau für Untersuchung von Nahrungsmitteln und für hygienische Zwecke, ist dieselbe folgende:

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6,666 g	Phosphor
65,500 g	Sauerstoff
5,167 g	Wasserstoff
3,000 g	Kohlenstoff
10,000 g	Calcium
9,667 g	Natrium
100,000 g	

Von organischen Bestandteilen enthält das Gebäck — mit großer Sorgfalt und Exaktheit zusammengestellt — in der Hauptsache Weizenmehl, Malz, Vollmilch und kondensierte Milch, dazu in bestimmtem Verhältnis Salz und Zucker. Der große Wert des Opelschen Zwiebacks liegt demnach in dem bedeutenden Gehalt an Calcium und Phosphorsäure, ferner in den letztgenannten Stoffen, die, gut durchgebacken, eine leicht resorbierbare, für die Kinder vollkommen verdauliche Nahrung darstellen. Es enthält eben dieser Zwieback alle diejenigen Stoffe, welche zum Aufbau des gesamten kindlichen Organismus, wie zur Muskel-Knochenbildung usw. nötig sind.

So verwendete ich denn in letzter Zeit Opels Nährzwieback, der mir zu Versuchszwecken in reichlichster Menge freundlichst zur Verfügung gestellt worden war. Um die reine Wirkung desselben zu beobachten, nahm ich ausschließlich den Zwieback, ohne Hinzutun anderer Medikamente.

Fall 1. Kind N., 12 Monate alt, Vater Arbeiter. Nach Schilderung der Mutter ist das Kind fast stets zum Weinen aufgelegt, mißmutig, schreit viel und macht noch keine Gehversuche. Das Hinterhauptsbein ist sehr weich, die große Fontanelle sehr weit. Neben zweckentsprechender Lebensweise gab ich dem Kinde täglich etwa vier Opel-Zwiebacke. Ich behandelte das Kind etwa 3—4 Monate und bemerkte, daß die Knochen härter wurden, die Fontanelle sich allmählich schloß, das Kind im großen und ganzen — wie dies auch die Mutter selbst bestätigte — einen frischeren, normalen Eindruck machte.

Fall 2. Kind K., 2 Jahre alt, Vater Schneider. Das Kind sieht sehr elend aus, hat etwas gebogene Beine und leidet an Ausschlägen skrofulöser Natur wie an Drüsenschwellungen. Auch hier gab ich neben einfachen Ölumschlägen Opels Zwieback. Nach 8 Tagen konnte man bereits den Rückgang der Drüsen wie der Ausschläge bemerken. Ich ließ dann die Ölumschläge fort und gab weiter den Nährzwieback. Die Drüsen und Ausschläge verschwanden im Verlaufe von etwa drei Wochen. Wie die Mutter berichtet, befindet sich das Kind sehr wohl, und überzeugte ich mich andauernd von der Richtigkeit ihrer Angabe.

Fall 3. Kind F., 2 Jahre alt, ein kräftiges Kind, doch etwas nervös veranlagt. Ich führte infolgedessen bei ihm lakto-vegetabile Diät ein. Doch nahm es in der ersten Zeit bei dieser Kost, da es auch an Fleisch gewöhnt gewesen war, etwas ab. Ich fügte nun der Nahrung Opels Zwieback bei, derselbe wurde von dem Kinde sehr gut vertragen, und das Kind gedieh sichtlich. Ich gab den Zwieback fast ein Jahr lang und konnte beobachten, daß das Kind im Wachstum wie in der Knochenbildung große Fortschritte machte und sein Aussehen ein recht gutes war.

Fall 4. Kind B., $1^1/_2$ Jahr alt, etwas blaß, sonst gut genährt, neigt in geringem Grade zu Rachitis, Unterschenkel sind o-förmig ausgebuchtet, die Fontanelle noch nicht ganz geschlossen, von Statur klein für sein Alter. Das Kind erhielt Opels Zwieback in Milch, teils auch in ganzer Form neben der gewöhnlichen Kost. Es bekommt dies schon etwa ein halbes Jahr, und ich konnte während meiner Beobachtung alle 2—3 Wochen Fortschritte im Wachstum und in der Knochenbildung konstatieren. Nach etwa 3—4 Monaten war das Kind bereits von der Anlage zur Rachitis völlig geheilt.

Fall 5. Kind B., $^1/_2$ Jahr alt, Schwester des vorigen Kindes. Auch sie zeigt sehr weiche Knochenbildung, wie überhaupt ebenfalls Anlage zur Rachitis. Ich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gab dem Kinde von vornherein, 4—5 Monate alt, den Zwieback zur Nahrung. Dasselbe entwickelte sich ganz vorzüglich. Es ist zurzeit etwas über ein Jahr alt, zeigt keine Anlage zur Rachitis mehr, macht normale Gehversuche und ist ein ganz gesundes Kind. Ich führe den Erfolg fast nur auf die Beigabe des Opel-Zwiebacks zurück.

Fall 6. Zum Schluß möchte ich noch eines Falles Erwähnung tun, wo ich den Zwieback zwar nicht zur Knochenbildung anwandte, jedoch zur Unterstützung des Allgemeinzustandes. Es wurde mir in meiner Poliklinik ein $1^1/_2$ Jahr altes Kind vorgeführt, das nur wenig Nahrung zu sich nahm und infolgedessen körperlich immer mehr abfiel. Der Grund lag in einem Magenkatarrh. Die Magengegend war sichtlich gebläht, und auf Druck äußerte das Kind Schmerz. Ich ordnete eine entsprechende Diät für das Kind an und gab dann Opels Zwieback in Wasser gekocht mit etwas Zucker eingerührt. Bei dieser Nahrung ließ ich das Kind 5—6 Tage, ging dann allmählich zur Milchdiät über und gab dazu den Zwieback. Ich sah bei wochenlanger Beobachtung stetige Besserung eintreten. Wenn auch das Kind nach 6 Wochen noch nicht völlig die Norm erreicht hatte, so hatte sich doch der Allgemeinzustand wesentlich gehoben; der Zwieback wurde trotz des Magenübels so gut vertragen, daß die Gastritis völlig schwand.

Die angegebenen Fälle sind nur ein Teil meiner Beobachtungen mit dem Zwieback, doch zeigen dieselben, daß er einmal in der Tat die Knochenbildung günstig beeinflußt, die bei anämischen, skrofolösen Kindern auftretende Drüsenschwellung zum Rückgang, ja zum Scheiden bringt, ferner bei den häufigen Magenbeschwerden der Kinder ein treffliches Unterstützungsmittel zur Hebung der Kräfte bildet, und schließlich daß der Zwieback sich überhaupt auch bei gesünderen Kindern als vorzügliche Beikost zum weiteren Gedeihen empfiehlt. Bei der Anwendung des Opelschen Nährzwiebacks ist es angebracht, ihm dem Kinde erst mit dem sechsten Monat zu reichen, doch kann gegebenenfalls auch etwas früher, mit 4—5 Monaten begonnen werden. Andererseits aber ist der Zwieback, abgesehen von den Säuglingen, auch für die Kindernahrung im späteren Alter von hohem Werte. Für Säuglinge wird der Zwieback am besten in Milch oder in Wasser gekocht, mit Zusatz von etwas Zucker verabreicht; im sechsten Monat vielleicht 1—2 Zwiebacke, dann mit jedem Vierteljahr einen Zwieback pro Tag steigend. Bei größeren Kindern wird der Zwieback natürlich individuell betreffs der Menge anzuwenden sein, und kann er hier nach Belieben, in fester Form oder gekocht, verwendet werden.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Heinrich Klose, Neuere Thymusforschungen und ihre Bedeutung für die Kinderheilkunde. (Aus der chirurg. Klinik in Frankfurt a. M.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 1 u. 2.) Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Lehre von den Thymuserkrankungen. Eigene Versuche an Hunden. Die Thymektomie ist unbedingt auf der Höhe des anatomischen Wachstums vorzunehmen. Die beste Operationszeit ist der 10. Lebenstag. Minuziöseste Entfernung des Organs ist notwendig, geringst zurückgebliebene Reste führen in kurzer Zeit zu vollkommener Regeneration. Nach der Operation tritt nach einem 14tägigen Stadium der Latenz ein

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2—3 Monate andauerndes pasteuses „Stadium adipositatis“ ein. Nachher erfolgt Gewichtsabfall, allgemeine Körperschwäche, Knochenschwäche, Zurückbleiben im Wachstum, bei immer noch enorm gesteigerter Freßsucht, häufig spontan Frakturen. An dieses „Stadium cachecticum“ oder Cachexia thymopriva reiht sich die „Idiotia thymopriva“ mit einem terminalen „Coma thymicum“. An den Knochen findet man nebeneinander die Erscheinungen der Rachitis, der Osteomalazie und Osteoporose. Die Knochen der gesunden Kontrolltiere enthalten 65 % Kalksalze, die kranken nur 32—34. Bei dieser Kalkverarmung ändert sich nicht das Mischungsverhältnis der Salze. Die Armut an ungelösten Kalksalzen steht in Zusammenhang mit einer gesteigerten Säurewirkung. Die Thymus ist ein Organ, welches die Bildung von Säuren im Organismus verhindert oder einen Überschuß an Säuren neutralisiert oder maskiert. Die (hypothetische) Nukleinsäurevergiftung erzeugt im wachsenden Knochen einen mangelnden Anbau, Rachitis mit abnormer Weichheit und Biegsamkeit, im fertigen Knochen vermehrten Abbau, Osteomalazie und Osteoporose mit abnormer Brüchigkeit. Die angenommene Säurevergiftung erklärt, warum man das thymektomierte Tier nicht mit Thymussubstanz heilen kann, da man direkt krankmachende Potenz in den Nukleinsalzen zuführt. Hecker.

Paul Rohmer, Tuberkulose und Tuberkulintherapie im Säuglings- und frühen Kindesalter. (Mitteilung aus der akad. Kinderklinik zu Köln.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 1 u. 2.) Die von Engel und Bauer empfohlene Methode der Tuberkulinbehandlung mit hohen Dosen ließ sich in allen Fällen ohne Schwierigkeit durchführen; jedoch stellte sich in den meisten Fällen bei fortgesetzter Verwendung hoher Dosen wieder Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin ein.

Der ungünstige Verlauf eines Falles von Säuglingstuberkulose konnte nicht beeinflußt werden.

Bei Kindern von 2—4 Jahren ergab sich klinisch eine eklatante Heilwirkung auf „skrofulöse“ Symptome, anatomisch eine abnorm starke reparatorische Bindegewebswucherung, speziell in der Umgebung von Lungenherden. Dagegen konnte auch nach langdauernder Behandlung die weitere Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses nicht verhindert werden, welche sich in einem Falle durch das Manifestwerden einer Knochentuberkulose, in einem anderen durch einen malignen Verlauf im Anschluß an eine Maserninfektion kundgab.

Gegenüber der günstigen Wirkung mäßiger Dosen scheinen die großen Tuberkulindosen auf das Allgemeinbefinden der Kinder einen nachteiligen Einfluß ausgeübt zu haben, so daß bei weiteren Versuchen die Verwendung kleiner Dosen, vorläufig etwa bis 0,1 ccm, zu empfehlen wäre. Hecker.

J. Ibrahim, Über eine Soormykose der Haut im frühen Säuglingsalter. (Aus dem Gisela-Kinderspital in München.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 1 u. 2.) Bei mehreren Kindern der ersten Lebenswochen ist es gelungen, im eitrigen Inhalt von Bläschen, die in der Umgebung der Genitalien gelegen waren, meist bei gleichzeitig bestehendem Intertrigo, die Anwesenheit des Soorpilzes festzustellen.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Nachweis wurde in allen fünf Fällen kulturell geführt, in einem Fall auch durch direkte mikroskopische Untersuchung des Blaseninhaltes. Die Infektion erfolgte jedenfalls durch direkten Kontakt des Stuhles, wobei die zarte Haut der erst wenige Wochen alten Kinder den geeigneten Boden gibt. Ob der Soorpilz wirklich der Erreger der beschriebenen Erkrankung ist, läßt sich zunächst nicht mit Sicherheit behaupten. Hecker.

Edgar Ruediger, Über ein durch Toxinresorption bedingtes Hauterythem bei Bronchiektasien. (Aus der med. Klinik zu Marburg a. d. Lahn.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 1 und 2.) 4jähriges Mädchen mit Bronchiektasien, bei dem häufig ein Erythem der Gesichtshaut schnell entstand und nach einigen Stunden wieder abblaßte. Es trat stets auf, wenn das Bronchialsystem mit dem sezernierten Sputum ad maximum gefüllt war, nämlich in den frühen Morgenstunden, und verschwand nach genügender Entleerung. Bei der großen Flüchtigkeit der Erscheinungen konnte es sich nur um lokale Schädigungen der Gefäßinnervation durch Toxine handeln. Hecker.

R. Halberstadt, Über Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch. (Aus dem Großen Friedrichswaisenhause der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 1 u. 2.) In 5 Fällen fanden sich die für Idiosynkrasie charakteristischen Symptome, wie Benommenheit, Kollaps, Erbrechen, Unter- bzw. Fiebertemperaturen, veränderte Stühle, Gewichtsabnahme, Anorexie, und zwar nicht nur nach molkenhaltigen, sondern auch nach kuhmilchmolkenfreien Gemischen. Es waren entweder von Geburt an untergewichtige Kinder oder Frühgeburten oder Zwillinge. Es kann nicht ein Bestandteil der Kuhmilch als alleiniger ätiologischer Faktor angesprochen werden. Die Idiosynkrasie ist nur ein Symptom einer angeborenen konstitutionellen Anomalie, deren Erscheinungen bald durch den einen, bald durch den anderen Bestandteil der Kuhmilch ausgelöst werden können. Hecker.

Felix von Szontagh (Budapest), Über Kalomel als Diureticum. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 1 u. 2.) Beim renalen Hydrops soll von der Kalomeldiurese kein Gebrauch gemacht werden. Die Kalomelwirkung ist ausschließlich diuretisch, das Herz wird nicht beeinflußt; ein insuffizientes Herz wird also nicht verbessert werden; dies kann nur durch Cardiotonica geschehen. Die Domäne der Kalomeldiurese ist einzig und allein die kardiale Wassersucht. Hecker.

Mathilde Lateiner, Über den biologischen Bau und die bazilläre Ätiologie des sogenannten „papulösen Tuberkulids des Säuglings. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 1. Heft 5 u. 6. S. 442.) Die für die Tuberkulosediagnose, namentlich im Säuglingsalter, so wichtigen und charakteristischen Tuberkulide sind stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, wenig erhabene, kreisrunde Papeln, die anfangs frischrot, dann später bräunlichrot werden, deutlichen Glanz des Infiltrates aufweisen und in ihrem Zentrum eine kleine Nekrose besitzen. Diese zentrale Partie erscheint vertieft. L. berichtet über

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

10 Fälle von Tuberkulose des frühen Kindesalters, die derartige Tuberkulide aufwiesen. Durch Exzision solcher Tuberkulide und Verschleppung auf Meerschweinchen (3 Fälle) sowie durch histologische Untersuchung (1 Fall) konnte die tuberkulöse Natur der Effloreszenzen nachgewiesen werden.

Das histologische Bild entspricht einer um die Gefäße der Cutis sich bildenden, chronisch entzündlichen, an Mastzellen reichen Infiltration, die in ihrem Zentrum der Nekrose anheimfällt und zur Narbenbildung führt. In verschiedenen Entwicklungsstadien dieser Tuberkulide lassen sich regelmäßig in histologischen Präparaten säurefeste Bazillen nachweisen. Die Bazillen sind lebens- und vermehrungsfähig, weil sie schon in geringer Menge (je ein Tuberkulidknötchen) imstande sind, bei subkutaner Impfung typische tödliche Tuberkulose beim Meerschweinchen hervorzurufen. Die oben beschriebenen Hautveränderungen sind auch bei ganz vereinzeltem Auftreten für Tuberkulose des Kindes charakteristisch — und sie sind als eine Form der disseminierten hämatogenen Tuberkulose der Haut anzusprechen.

Schick.

Paul Grosser und **Richard Betke**, Epithelkörperchenuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Tetania infantum. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 1. Heft 5 und 6. S. 158.) Wie bekannt, hat Escherich auf Grund der Erfahrungen bei Tetanie der Erwachsenen und gestützt auf Erdheims und Yanases Untersuchungen, die Ansicht ausgesprochen, daß zwischen Epithelkörperchenveränderungen und der kindlichen Tetanie ein inniger Zusammenhang besteht. Die histologisch nachweisbaren Veränderungen der Epithelkörperchen sind Blutungen und deren Residuen, welche wahrscheinlich durch das Trauma der Geburt erzeugt werden. Bei der Auslösung der Tetanie können dann andere Momente eine Rolle spielen, z. B. die Rachitis. Die Verff. halten diese Hypothese noch nicht für bewiesen und haben daher folgende Fragen studiert.

1. Gibt es Tetanie ohne anatomisch nachweisbare Veränderungen der Epithelkörperchen?

2. Gibt es ausgedehnte Epithelkörperchenveränderungen bei nicht tetanischen Individuen?

3. Stammen die Blutungen, und wie es sich ja beim Kinde vor allem handelt, von Geburtstraumen, oder sind sie durch andere Vorgänge verursacht?

Untersucht wurden 48 Fälle, darunter 41 Kinder im Alter unter einem Jahr. Von letzteren zeigten 16 Tetanie. Als solche wurden nur vollentwickelte Krankheitsbilder mit manifesten Erscheinungen der Untersuchung unterzogen. 12 dieser Fälle zeigten keinerlei Veränderungen. Dem gegenüber stehen 4 Fälle mit Veränderungen. 25 untersuchte Kinder im Alter unter einem Jahr hatten keine manifeste Tetanie. (Es fehlt bei der Mehrzahl die elektrische Untersuchung, es kann daher latente Tetanie nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.) Bei 10 dieser Fälle wurden frische Blutungen oder Blutungsreste in den Epithelkörperchen gefunden. Am stärksten waren die Veränderungen bei plötzlich gestorbenen Kindern.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Geburtsasphyxie ist also, wenn überhaupt, so doch nicht die einzige Ursache der Epithelkörperchenblutungen, da diese auch im späteren Leben durch entzündliche Prozesse oder vielleicht auch durch Autointoxikation hervorgerufen werden können. Diese Blutungen sind nicht Bedingung für das Auftreten der Kindertetanie, da sie auch in ihren schwersten Formen bei anatomisch völlig intakten Epithelkörperchen manifest werden kann. Wohl aber gibt es Fälle von plötzlichem Tod, bei denen sich als einziges Sektionsergebnis Zerstörung von 3 oder 4 Epithelkörperchen findet, so daß man künftig bei jedem Fall von plötzlichem Tod, besonders bei gerichtlichen Sektionen, die Epithelkörperchen eingehend mikroskopisch wird untersuchen müssen.

Schick.

Hans Rietschel, Sommerhitze, Wohnungstemperatur und Säuglingssterblichkeit. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 1. S. 546.) Verf. berichtet Beobachtungen über den Einfluß der Wohnungstemperatur auf die Säuglingssterblichkeit. Vor allem weist R. darauf hin, daß sich das Bild der Cholera infantum ganz gut in das Bild des Hitzschlags einteilen läßt, da choleraartige Symptome bei Hitzschlag häufig genug beobachtet werden. Zweitens ist zu betonen, daß die Hyperthermie keine notwendige Vorbedingung des Hitzschlags ist und daß schwere Störungen durch Wärmestauungen ohne besonders hohe Temperatursteigerungen vorkommen.

Das Entscheidende in der Pathogenese der Sommer-Säuglingssterblichkeit ist und bleibt die hohe Wohnungstemperatur. Nur so können wir uns vorstellen, wie durch wochen- und monatelange Einwirkung solcher Temperaturen der zarte Körper des Säuglings geschädigt werden kann.

R. hat durch exakte Temperaturmessungen in Häusern, die durch große Sterblichkeit der Säuglinge bekannt waren, feststellen können, daß diese Wohnungen ganz erstaunlich hohe Innentemperaturen besitzen. Da wurden Temperaturen von 30—34° C als Maximum konstatiert. In der Wohnung einer anderen Familie wurde an dem Tage, an dem die Wäsche geplättet wurde, eine Wohnungstemperatur von 36° C gemessen. Mit Recht weist R. darauf hin, daß solche Temperaturen unmöglich gleichgültig sein können.

Die Milchzersetzung kann nicht der maßgebende Faktor der Säuglingssterblichkeit im Sommer sein, denn auch im Winter finden sich in den Wohnungen ähnlich hohe Temperaturen wie im Sommer. Die Milch müßte im Winter in den Wohnungen ebenso verderben, da sie während des Tages oft denselben Temperaturen ausgesetzt ist wie im Sommer. Der fundamentale Unterschied besteht in den Zimmertemperaturen zwischen Sommer und Winter. Im Winter ist eine Nachtsenkung vorhanden, während sie im Sommer fehlt. Diese Nachtsenkung ermöglicht, daß die Kinder im Winter nachts abkühlen. Im Sommer bleiben sie wochen- und monatelang in solch hohen Temperaturen.

Feuchtigkeitsmessungen in den Wohnungen haben noch keine definitiven Resultate ergeben.

Schick.

G. Simon, Zur Influenzameningitis. (Kinderklinik Frankfurt a. M., Dr. Mettenheimer.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bd. 9. Nr. 10. S. 549.) Zwei Fälle reiner Influenzameningitis. Der erste Fall, 7 Monate alt, zeigte 11 Tage nach Beginn einer Pneumonie des linken Unterlappens deutliche meningeale Symptome (Unruhe, Nackenstarre, Steigerung der Patellarreflexe, Spasmen in den unteren Extremitäten, Temperatur 40,2). Die Lumbalpunktion ergab polynukleäres Exsudat, das gram-negative feine Stäbchen enthielt. Nach wenigen Tagen Tod, bei der Obduktion fand sich neben Konvexitätsmeningitis mit grünlich-eitrigem Exsudat fibrinös-eitrige Pleuritis der linken Seite. Die Meningitis dürfte in diesem Falle von der Pneumonie aus entstanden sein.

Das zweite Kind, 8 Monate alt, zeigte seit 3 Wochen eine entzündliche Schwellung in der Gegend des linken Schultergelenkes. 3 Tage vor der Aufnahme traten plötzlich hohes Fieber, Erbrechen und allgemeine Krämpfe auf. Auch hier ergab die Lumbalpunktion eitriges Exsudat mit Influenzabazillen. Unter Zunahme der Nackensteifigkeit und andauernder schwerer Benommenheit trat 4 Wochen nach Krankheitsbeginn der Tod ein. Diese Meningitis ist als Metastase der Gelenkserkrankung zu betrachten. S. gibt am Schlusse eine Übersicht über die Fälle der Literatur, die Zahl derselben beträgt 41. 27 davon fallen in das erste Lebensjahre, 6 in das zweite Lebensjahr. Von den Fällen sind 37 gestorben. Schick.

C. Beck, Kardiospasmus im Säuglingsalter. (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 9. Nr. 10. S. 555.) Göppert sieht die häufigste Ursache des habituellen Erbrechens der Säuglinge im Kardiospasmus. B. hat 1909 und 1910 zwei derartige Fälle beobachtet. Das erste Kind, 4 Monate alt, soll schon lange Zeit erbrochen haben und allmählich abgemagert sein. Es erhielt anfangs mit gutem Erfolg Malzsuppe. Plötzlich erbrach das Kind nach jeder Nahrungsaufnahme in ganz eigenartiger Weise. Es würgte schon während des Trinkens die Nahrung wieder hervor und versuchte sie dann neuerlich hinunterzuschlucken. War die Menge zu groß, so wurde die Nahrung erbrochen. Das Erbrochene zeigte keine Veränderungen, die auf einen Aufenthalt im Magen hinwiesen. Bei Sondierung der Speiseröhre wurde kein Hindernis gefunden. Nahrung durch die Sonde eingegossen blieb im Magen. Nachdem vergeblich Narkotica, Buttermilch, Pegninmilch verabreicht wurden, ging man nach 7 Wochen zu Nährklystieren über, die sehr guten Erfolg hatten. Erst nach $1^1/_2$ Wochen wurde wieder Pegninmilch per os versucht, nachdem 10 Minuten vorher 10 Tropfen einer Lösung von Tinct. opii 1 g, auf Tinct. Valerianae 10 g verabreicht worden waren. Nach einigen Tagen konnte die Milchdosis gesteigert werden und die Nährklystiere eingeschränkt und endlich fortgelassen werden, Heilung. Der zweite Fall, 2 Monate alt, verlief fast gleich wie der erste. Schick.

J. Bauer, Die Scharlachthyreoiditis. (Klinik Schlossmann.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1911. Bd. 9. Nr. 10. S. 560.) Nach anatomischen Untersuchungen kommen bei Scharlach sehr häufig Schilddrüsenveränderungen im Sinne einer Blutstauung und Hypersekretion des Kolloids vor. Seltener sind entzündliche Erkrankungen. B. hat 3 Fälle von Entzündung der Thyroidea im Verlauf von

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mildem Scharlach beobachtet. Die Erkrankung, die unter mäßiger Schwellung des Organs, geringer Schmerzhaftigkeit und Temperatursteigerung verlief, setzte im ersten Falle am 46., im zweiten am 10. und im dritten Falle am 17. Krankheitstage ein. B. bringt die Thyreoiditis in Analogie zu den übrigen Nachkrankheiten des Scharlachs.

Schick.

E. Hagenbach-Burckhardt, Über die heutigen Bestrebungen der Säuglingsfürsorge in der Schweiz, speziell in Basel. (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge 1911. Nr. 4.) Aus folgender Zusammenstellung geht die allmähliche, sehr bedeutende Abnahme der Säuglingssterblichkeit in Basel hervor:

1870 = 20,4 %
1880 = 20,2 „
1890 = 17,4 „
1900 = 14,9 „
1906 = 12,1 „
1907 = 11,4 „
1908 = 8,6 „
1909 = 8,4 „

Von Wichtigkeit ist hier, daran zu erinnern, daß diese Abnahme der Sterblichkeit im ersten Lebensjahr zustande gekommen ist in einer Stadt, die im 19. und im Beginn des 20. Jahrhunderts an Einwohnerzahl ganz bedeutend zugenommen hat.

Verf. glaubt nicht fehlzugehen, wenn er diese erfreuliche Abnahme der Sterblichkeit in Basel auf folgende Einrichtungen zurückführt. Jedenfalls darf die Propaganda für Muttermilch, die durch Ärzte und Hebammen in anerkanntem Maße an die Hand genommen worden ist, trotzdem nicht in erste Linie gestellt werden. Dem guten Willen ist die Tat bis dahin leider nicht entsprechend gefolgt. An Belehrung des Publikums durch Wort und Schrift hat es nicht gefehlt. So sei erwähnt, daß in Basel vom Zivilstand den jungen Eltern eine schriftliche Anleitung über Kinderpflege in den Ehestand mitgegeben wird. Dagegen muß zugestanden werden, daß von Stillprämien an Hebammen und Mütter Verf. nichts bekannt geworden ist. Mit der Abnahme der Mortalität fällt zeitlich zusammen die Gründung des Säuglingsheims mit seinen Beratungsstunden und der Milchküche, die Umwandlung der Säuglingsabteilung des Kinderspitals in ein Säuglingsheim mit Zuziehung von Ammen, dann die staatliche Leitung des Kostkinderwesens und schließlich die großartige Versorgung der ganzen Stadt mit guter billiger Milch. Kindermilch, geliefert durch den Konsumverein, kostet 20 Cts. der halbe Liter. Dabei darf nicht unerwähnt bleiben die sorgfältige Milchkontrolle durch den öffentlichen Chemiker.

Grätzer.

H. Neumann, Das „schwere Zahnen“ als Maßstab der kinderärztlichen Kenntnisse. (Ebenda.) N. zeigt an einer Kurve, die, berechnet aus den statistischen Jahrbüchern der Stadt Berlin, die Todesfälle im Säuglingsalter an „Zahnen“ auf je 1000 Todesfälle des Säuglingsalters prozentualiter bezogen, wiedergibt, wie das „Zahnen“ als Todesursache immer mehr geschwunden ist. 1877 zeigt die Kurve

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach 15 ‰, 1900 noch 5 ‰, 1910 nur noch 3 ‰. In einigen Jahren wird, so hofft N., der Nullpunkt erreicht sein.

„Aber täuschen wir uns nicht darüber, daß die Morbidität am „Zahnen" noch lange sehr groß bleiben wird, nachdem die Mortalität endlich auf Null gesunken ist — es sei denn, daß die kinderärztliche Ausbildung der jungen Mediziner bald erheblich verbessert wird. Es ist ganz erstaunlich, welche Rolle beim Eintritt von Krämpfen oder als mitwirkende und verschlimmernde Ursache aller möglichen Säuglingskrankheiten heute noch das „Zahnen" nach einer veralteten Auffassung der Ärzte spielt. Und es ist dies doppelt schmerzlich, wenn man bedenkt, wie erfolgreich sie schon heute diesen auf das Zahnen bezogenen Krankheiten vielfach entgegentreten könnten und wie dieser Erfolg durch die Verlegenheitsdiagnose, die einer zeitgemäßen Behandlung entgegensteht, vereitelt wird." Grätzer.

M. Böhm (Berlin), Fortschritte auf dem Gebiete der Lehre von den jugendlichen Rückgratsverkrümmungen. (Der Kinderarzt 1911. Nr. 5.) Der Fortschritt, der in den letzten Jahren in der Skoliosenlehre zu verzeichnen ist, läßt sich kurz in folgende zwei Sätze zusammenfassen:

1. Wenn auch ein verhältnismäßig geringer Prozentsatz von Wirbelsäulenverkrümmungen vorhanden ist, der noch im Dunkeln schwebt, wo die Röntgentechnik sowohl als auch unsere anatomischen Kenntnisse uns im Stich lassen, deren Klarstellung uns aber wohl in nicht allzu ferner Zeit gelingen wird, so kann man doch schon heute den Satz aussprechen, daß die Wirbelsäulenverkrümmungen des jugendlichen Alters in der Hauptsache entweder auf kongenitale oder rachitische Störungen zurückzuführen sind. Für die sogenannte habituelle oder Schulskoliose jedenfalls, wie überhaupt für die Annahme, daß eine fixierte, d. h. auf knöchernen Veränderungen beruhende Wirbelsäulenverkrümmung durch Einwirkung rein mechanischer Verhältnisse auf ein a priori normales und gesundes Skelett entstehe, dafür hat die moderne orthopädische Wissenschaft keinen Raum mehr.

2. Wenn es als allgemeiner Grundsatz in der Medizin gilt, daß ein Leiden um so wirksamer behandelt wird, je früher die Therapie einsetzt, so muß es unser Ziel sein, die Behandlung der Rückgratsverkrümmung ins Säuglingsalter oder in die frühe Kindheit zu verlegen. Bereits beim Säugling wird die verfeinerte Diagnostik eventuell vorhandene kongenitale Störungen des Rumpfskeletts festzustellen haben und bei dem an florider Rachitis erkrankten Kinde wird in diagnostischer wie therapeutischer Beziehung besonderes Augenmerk auf die Wirbelsäule zu richten sein. Grätzer.

H. Kern, Über den Umbau der Nebenniere im extrauterinen Leben. (Aus dem pathol.-anatom. Institut der Universität Freiburg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 2.) Während die intrauterine Entwicklung der Nebennieren ziemlich genau erforscht ist, war ihre weitere Entwicklung post partum, speziell in den ersten Lebensjahren weniger bekannt. Wiesel weist darauf hin, daß nach der Geburt die Rindenzellen keine auffallenden Veränderungen mehr

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigen, im Gegensatz zum Mark, wo immer noch neues Material durch einwachsende Sympathikusbildungszellen angebaut wird.

Die auffallend starke Verkleinerung, welche die Nebenniere beim Kind in den ersten Lebensjahren gegenüber den Verhältnissen bei der Geburt aufzuweisen pflegt, war Veranlassung, daß Kawamura der Nebenniere der Neugeborenen und Kinder seine besondere Aufmerksamkeit schenkte. Dabei konnte er einen eigentümlichen Zerfall der innersten Schicht der Rindensubstanz, welche schließlich zu ihrem völligen Untergang führte, feststellen. Da die übrigen Untersuchungen eine genauere Verfolgung dieser merkwürdigen Degenerationsvorgänge für Kawamura unmöglich machten, so war K. mit der weiteren Bearbeitung dieser Frage betraut worden und möchte über die Ergebnisse seiner Untersuchungen und die gewonnenen Präparate kurz berichten. Er fühlt sich dazu um so mehr veranlaßt, als seine Untersuchungen eine ausgiebige Bestätigung und auch eine Ergänzung zu den Befunden bilden, über die Thomas (Leipzig) auf der Versammlung sächsisch-thüringischer Kinderärzte vom 27. November 1910 berichtet hat. Thomas schildert darin den Untergang der Zellen in der innersten, auffallend blutreichen Rindenschicht, sowie die gleichzeitig einsetzende starke Vermehrung der Sympathikusbildungszellen und ihre Umwandlung in chromaffine Zellen während des ersten Lebensjahres. Seine Angaben stimmen ganz mit den Befunden von Kawamura überein und K.s Untersuchungen bestätigen beider Angaben.

Diese erstreckten sich auf menschliches und tierisches Material.

K. konnte eine gewisse Gesetzmäßigkeit für die eigentümliche Umwandlung der Nebennierenrinde feststellen, und zwar vier Stadien:

1. Hyperämisches Stadium. In diesem Zustand befindet sich die Nebenniere des Neugeborenen.

2. Stadium der vollentwickelten Degeneration. Dieses Stadium findet sich durchschnittlich bei Kindern von einem Monat ab und läßt sich verschieden lange Zeit, ungefähr bis zum Ende des ersten Lebensjahres, verfolgen.

3. Periode der Markkapselbildung. Dieses Stadium scheint mit dem Ende des ersten Lebensjahres im Durchschnitt erreicht zu werden.

4. Stadium: Entfaltung der Markkapsel durch das sich entwickelnde Markgewebe. Wiederverschmelzung von Rinde und Mark.

Diese Periode erstreckt sich ungefähr vom Ende des ersten Lebensjahres bis zum Abschluß des Wachstums oder noch darüber hinaus.

K. kommt mit Kawamura und Thomas zu dem Schluß, daß während des ersten Lebensjahres eine völlige Zerstörung bestimmter Schichten der Rindensubstanz vor sich geht. Durch Umwandlung dieser Degenerationszone kommt es zu einer förmlichen Abkapselung des Markgewebes, das sich nicht nur aus Markzellen, sondern auch aus den Resten des erhalten gebliebenen und besonders in der Umgebung der Venen lokalisierten Rindengewebes zusammensetzt. Die Unterscheidung der beiden Gewebsanteile ist mit Hilfe der Sudan-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

färbung in der Regel leicht zu führen. Die „Markkapsel“ wird durch spätere Entwicklung des Markgewerbes, an der sich die Mark- und die eingeschlossenen Rindenzellen beteiligen, sozusagen aufgebraucht, bis eine weitgehende Verschmelzung beider Schichten wieder stattgefunden hat.

Wie weit sich die zeitlichen Abgrenzungen der von K. aufgestellten Perioden rechtfertigen lassen, kann freilich erst an einem größeren Material festgestellt werden. Daß weitgehende Abweichungen vorkommen, hat K. selbst schon beobachtet, z. B. bei einem Fall von Anenzephalie, bei dem sich die bekannten kleinen Nebennieren fanden. Auffallenderweise zeigten diese ein stattlich entwickeltes, chromaffines Gewebe, das von der relativ dünnen Rindenschicht durch eine schmale hyperämische Degenerationszone getrennt war, also vorgeschrittene Entwicklung der Marksubstanz bei mangelhafter Entwicklung der Rindenschicht.

Über die Bedeutung des merkwürdigen Umbaues der Nebenniere im ersten Lebensjahre vermag K. nichts auszusagen. Dem Einwand, daß es sich stets um pathologische Vorgänge handelt, kann er nur dadurch begegnen, daß er in gleichen Altersperioden, ganz unabhängig von der Art der Todesursache, ähnliche Veränderungen fand. Aber auch hier werden weitere Untersuchungen zeigen müssen, wie weit die von Kawamura, Thomas und K. festgellten Veränderungen durch pathologische Einflüsse gefördert oder gehemmt werden können.

Um den physiologischen Charakter der Degeneration sicher zu stellen, hat K. eine größere Zahl Nebennieren von Tieren untersucht, und zwar Meerschweinchen im Alter von zwei bis drei Wochen, Kaninchen im Alter von drei und vier bis fünf Wochen, einem halben Jahr, einem Jahr, Kalb von vier Wochen, Ochse von vier Jahren, Rind von sechs Jahren, Schwein von sechs Monaten, Schaf von eineinhalb Jahren, Ratte von sechs Wochen, Pferd von 16 Jahren. Es ist K. nicht gelungen, bei diesen Tieren eine sichere Degeneration wie beim Menschen zu finden, nur bei den jüngsten Stadien der Meerschweinchen und Kaninchen war eine solche angedeutet. Doch wagt K. daraus keine Schlüsse zu ziehen. Er hat auch bei keinem Tier Reste der Degenerationszone gefunden. Dieser negative Ausfall der Tieruntersuchung muß uns natürlich stutzig machen, und die Frage, wie weit jene Degenerationserscheinung der menschlichen Niebenniere ganz unabhängig ist von äußeren schädlichen Einwirkungen, muß so lange offen bleiben, bis genügend einwandfreies Material von Menschen zur Untersuchung gelangt ist. Grätzer.

S. Cannata, Zur Pathogenese der Purpura haemorrhagica. (Aus der Universitätsklinik zu Palermo.) (Ebenda.) Fall von Purpura haemorrhagica bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde im Verlaufe einer schweren tuberkulösen Infektion, welche sich rasch ausbreitete und kein Organ verschonte.

Nehen den hämorrhagischen Flecken der Haut wurden in sämtlichen Organen schwere Alterationen von tuberkulöser Natur angetroffen. Müssen wir nun die Purpura auf die tuberkulöse Infektion oder die Läsion irgendeines Organes zurückführen?

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die nächstliegende Erklärung wäre die Zurückführung der Purpura auf die Tuberkulose. Da erhebt sich aber ein Einwand: Warum wird die Purpura nicht in sämtlichen Fällen von akuter Miliartuberkulose beobachtet? Der Einfluß der Tuberkuloseinfektion kann sicher nicht in Abrede gestellt werden; doch müssen wir auch an funktionelle Organstörungen denken.

C. kam nun der Gedanke, ob es möglich wäre, ein Organ, das einen Einfluß auf die Zirkulationsmechanik besitzt, und zwar die Nebennieren, dafür verantwortlich zu machen.

Aus der Physiologie wissen wir, daß die Nebennieren eine Substanz erzeugen, deren anregende Wirkung auf die Muskulatur der Gefäße und des Herzens diese Organe in einem für ihre physiologische Funktion notwendigen Tonus erhält. Eine Störung in der normalen Funktion der Nebennieren führt infolgedessen zu einer Störung in der Blutzirkulation. (Diese Substanz, das Adrenalin, soll auch die Eigenschaft haben, die im Organismus zirkulierenden Gifte zu neutralisieren.) Dies muß selbstverständlich jedesmal dann eintreten, wenn infolge eines beliebigen Krankheitsprozesses die Nebennieren zu ihrer Struktur geschädigt sind. Nun sind bei der Purpura schwere Alterationen der Nebennieren gefunden worden, häufig hämorrhagische Herde. Melchiorri fand destruierende Läsionen mit kleinzelliger Infiltration in der Markzone.

In dem von C. beschriebenen Fall waren die Nebennieren sowohl in der Rinden- wie in der Markzone alteriert. In der Rindenzone fand sich Vakuolisierung der Zellen, in der Markzone punktförmige hämorrhagische Herde, körnige Zellen mit verblaßten Kernen und stark vakuolisiertem und körnigem Protoplasma.

Diese auf der Tuberkuloseinfektion beruhenden Läsionen haben folglich die normale Sekretionsfunktion der Nebennieren alteriert; es ist somit eine Änderung in dem Gefäßtonus, eine Hypotonie eingetreten, welche den Austritt der Blutelemente aus den Kapillaren begünstigt haben kann; andererseits können die durch die in Wegfall gekommene antitoxische Wirkung des Adrenalins nicht neutralisierten tuberkulösen Toxine ihre deletäre Wirkung auf Kosten der Gefäße ausgeübt und tiefgehend deren Struktur alteriert haben.

Die primäre (tuberkulöse) Läsion hätte in diesem Fall ihren Sitz in den Nebennieren. Derselbe pathogenetische Mechanismus dürfte sich für die Purpura haemorrhagica nach anderen Infektionen heranziehen lassen. Und dies auf Grund experimenteller Untersuchungen: Luksch fand in der Tat, daß die Nebennieren von an Diphtherietoxinvergiftung oder an Tuberkulose- oder Typhusinfektion zugrunde gegangenen Kaninchen fast gar kein Adrenalin enthielten. Padoa beobachtete, daß die Nebennieren nach Intoxikation mit Typhus-, Diphtherie-, Choleratoxin, Bacterium coli in ihrer Struktur schwere und tiefgehende Läsionen aufweisen.

Dies beweist, daß bei verschiedenen Infektionen und Intoxikationen schwere Alterationen in der Struktur und Funktion der Nebennieren auftreten.

Durch eine derartige Annahme eines innersten Zusammenhanges zwischen Funktion der Nebennieren und Purpura haemorrhagica können

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wir uns nicht nur über den pathogenetischen Mechanismus Rechenschaft geben, sondern auch erklären, warum die Purpura keine häufige Komplikation bei den verschiedenen Infektionen ist. Zu ihrer Entstehung müssen eben die Nebennieren durch die betreffende Infektion oder Intoxikation schwer geschädigt sein. Grätzer.

M. Tscheboksaroff, Beiträge zur Frage über den Einfluß des Diphtherietoxins auf die sekretorische Funktion der Nebennieren. (Aus dem physiol. Laboratorium der Universität Kasan.) (Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 23.) Indem T. die Resultate seiner Untersuchungen zusammenfaßt, fühlt er sich berechtigt, folgenden Schluß zu ziehen: Nach erfolgter Vergiftung des Tieres mit dem Diphtherietoxin findet zuerst (10—15 Stunden) eine gesteigerte Adrenalinsekretion der Nebennieren ins Blut statt, darauf geht diese Sekretion in normalen Grenzen vor sich (24—27 Stunden) und endlich, im weiteren Stadium der Intoxikation (48—96 Stunden), wird die Absonderung des Adrenalins ins Blut geringer oder aber es kann dieselbe sogar ganz aufhören. Grätzer.

J. Safranek, Seltener Fall von Anosmie. (Aus der Univers.-Klinik f. Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Budapest.) (Ebenda.) Das Geruchsvermögen eines 16 Jahre alten, mit Leukoderma acquisitum (Vitiligo) behafteten Mädchens nahm seit ca 2 Jahren rasch ab, nach diesem Zeitraume stellte sich eine doppelseitige universelle Anosmie ein, zu welcher sich der Verlust des aromatischen Geschmacksvermögens gesellte. Bei der rhinologischen und sehr exakten ergänzenden (neurologischen) Untersuchung konnte die tatsächliche Ursache nicht ermittelt werden; eine mechanische (respiratorische) Anosmie war sicher nicht vorhanden; der funktionelle (hysterische) Charakter konnte ebenfalls ausgeschlossen werden; Symptome einer Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervenapparates des Geruchsorganes waren nicht vorhanden. Auf Grund der in der rhinologischen Literatur verzeichneten zwei ähnlichen Fälle wurde der Verdacht wach, ob die Anosmie nicht mit der Pigmentatrophie im kausalen Zusammenhange stehe? In der dermatologischen Literatur wird die Anosmie als Begleit- oder Folgeerscheinung von Leukoderma acquisitum nicht erwähnt. Ein eventueller Zusammenhang dürfte erst durch weitere Untersuchungen festgestellt werden. Eben deswegen erscheint es wünschenswert, Kranke mit Vitiligo rhinologisch zu untersuchen, und bei zufällig zur Autopsie gelangenden Fällen eine exakte histologische Untersuchung der Regio olfactoria vorzunehmen. Grätzer.

G. Magnus, Nebennierenblutungen beim Neugeborenen. (Aus dem Patholog. Inst. Halle.) Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 25.) Unter 124 Kindern, welche tot geboren oder innerhalb der ersten 8 Tage gestorben waren, wurden 8 mal mikroskopisch Blutungen in eine oder beide Nieren konstatiert. Die Zerstörung der Marksubstanz stand im Vordergrunde, während die Rinde entweder intakt oder sekundär verändert war. Die Nebennierenblutungen kommen vorwiegend nach schweren Entbindungen zustande.

M. fand bei sämtlichen fünf Neugeborenen, die er daraufhin mikroskopisch untersuchte, Hämorrhagien in den Nebennieren; solche

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind bei Neugeborenen, wenn man mikroskopisch untersucht, sehr häufig. Grätzer.

G. Brückner, Typhusepidemie in einer Kindererziehungsanstalt. (Aus der bakteriolog. Untersuchungsanstalt zu Straßburg i. E.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 19.) Schlußsätze:

1. Die Typhusepidemie in der Kindererziehungsanstalt zu Sch. ist anzusehen als eine Kontaktepidemie im Anschluß an sieben vorausgegangene, durch eine Bazillenträgerin verursachte Erkrankungen.

2. Zur rechtzeitigen Erkennung von Neuerkrankungen und Abortivfällen sind Temperaturmessungen der Umgebung Typhuskranker am geeignetsten.

3. Das Kindesalter zeigte bei dieser Epidemie gegenüber den Erwachsenen erhöhte Disposition für das Typhusgift, da bei der eigentlichen Durchseuchung des Klosters nur Kinder erkrankten.

4. Die Erkrankungen der Kinder waren in der Mehrzahl sehr leicht, oft nur bakteriologisch sicher zu stellen. Es ist daher anzunehmen, daß wie während vieler Epidemien so auch außerhalb derselben Kinder häufiger und leichter an Typhus erkranken wie Erwachsene; nur entgehen sie der Feststellung, da sie als Typhus nicht in Behandlung kommen.

5. Die Gruber-Widalsche Reaktion hat sich bei dieser Kinderepidemie als in hohem Maße spezifisch erwiesen.

6. Bei Typhusinfektionen unterscheidet man zweckmäßig drei Formen: 1. die vorübergehende parasitäre Typhusinfektion, 2. den Abortivtyphus, 3. den echten Typhus abdominalis. Grätzer.

P. Grosser und **A. Dessauer,** Über die diagnostische Bedeutung fühlbarer Kubitaldrüsen bei Kindern. (Aus der Kinderklinik des städt. Krankenhauses in Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 21.) Verff. kommen zu dem Schlusse, daß das Auftreten von Kubitaldrüsen sowohl im Säuglingsalter, wie im späteren Kindesalter, keine spezifische Bedeutung hat. Für Säuglinge kann das Symptom immerhin als ein Hilfsmoment für die Diagnose der Lues gelten, doch darf es nicht als ausschlaggebend betrachtet werden, da 34 % der luetischen Säuglinge keine Kubitaldrüsenschwellungen zeigen und 42 % der Rachitischen geschwollene Kubitaldrüsen aufweisen. Für größere Kinder ist die Kubitaldrüsenschwellung überhaupt nicht diagnostisch zu verwerten. Grätzer.

F. Schoeler, Über eine zweckmäßige Art der Anwendung der Blenolenizetsalbe. (Aus der Geheimrat Schoelerschen Augenklinik in Berlin.) (Ebenda.) Mit der 5 %igen Blenolenizetsalbe wurden bei Ophthalmoblennorrhoea neonatorum sehr gute Erfolge erzielt, wenn sie nur für die Nacht in den Bindehautsack eingestrichen wurde. Am Tage begnügte man sich mit kalten Umschlägen, Auswaschungen mit desinfizierenden Lösungen (Chlorwasser, Kal. permang.). 1—2maliges Einträufeln von 5 %igen Argyroltropfen, einmal täglich Bepinselung mit 2 %iger Höllensteinlösung. Grätzer.

Jesionek, Salvarsanmilch. (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 22.) Bei zwei Säuglingen, deren stillende Mütter mit Salvarsan

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

behandelt wurden, kam es unter dem Einfluß dieser mütterlichen Behandlung zu wiederholten Malen zu syphilitischen Krankheitserscheinungen, vor allem zu akuten Proruptionen an der Haut; in dem einen Fall gestaltete sich auch das Allgemeinbefinden des Säuglings bedrohlich.

Die Salvarsanbehandlung geschah intravenös, es fand eine plötzliche Überschwemmung — infolge rapider Abtötung von Spirochäten — des Organismus mit Endotoxinen statt, und letztere traten durch die Milch in solchen Mengen in den kindlichen Organismus über, daß dieser darauf übel reagierte.

Ganz anders lag die Sache, als ein 5jähriges Kind mit extrauterin erworbener Lues mit der Milch einer Ziege ernährt wurde, die intravenös Salvarsan erhalten hatte. Die Milch übte eine sehr günstige Wirkung aus: bei dem Kinde verschwanden luetische Erscheinungen in überraschend kurzer Zeit.

J. schließt vorläufig nur so viel aus seinen Beobachtungen, daß man gut daran tun dürfte, bei intravenöser Behandlung der syphilitischen Mütter das Stillen für die ersten Tage nach der Injektion zu untersagen, so lange als vermutlich der mütterliche Organismus mit Endotoxinen überladen ist. Zuträglicher dürfte nichtsyphilitische Milch, d. h. die Milch einer nicht mit syphilitischen Giftstoffen überschwemmten Kuh oder Ziege sein, der Salvarsan injiziert wurde. Mit solcher „Salvarsanmilch" ernähre man das Kind, bis die schlimmsten Erscheinungen und die Gefahren intensiverer Endotoxinwirkung geschwunden sind, um dann zur direkten Salvarsanbehandlung des Kindes überzugehen oder eine Hg-Kur einzuleiten. Grätzer.

R. Pürckhauer, Zur Frage der poliomyelitischen Lähmungen. (Aus der Königl. orthopäd. Universitätsklinik München.) (Ebenda.) Ein überdehnter, im übrigen ganz gesunder Muskel ist infolge des Verlustes seiner elastischen Spannung funktionsunfähig. Er kommt in dieser Beziehung einem gelähmten gleich. Gibt man ihm Gelegenheit, durch Annäherung seiner Insertionspunkte sich zu verkürzen und in diesem Zustande sich zu halten, so stellt sich die elastische Spannung und dadurch seine Funktion wieder her.

Umgekehrt kann aber auch ein früher überdehnter Muskel nach Wiederherstellung der elastischen Spannung wieder funktionsuntüchtig werden durch eine abermals eintretende Überdehnung.

Einen überaus lehrreichen Fall in dieser Hinsicht teilt Wittek mit (Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 4). Ein Knabe litt im Anschluß an eine abgelaufene Poliomyelitis an einer Lähmung der vom Peroneus versorgten Muskelgruppe eines Fusses, der dementsprechend in starker Equinovarusstellung stand. Eine nach dem von Lange aufgestellten Schema für Fußplastiken vorgenommene Verpflanzung der Flex. hall. long. auf das Kuboid und des Flex. digit. long. auf das Navikulare nach vorhergegangener Tenotomie der Achillessehne und kräftigem Redressement des Spitzklumpfusses mit nachfolgender Fixierung und Überkorrektion hatte anfänglich ein gutes Resultat. Nach einem Jahr funktionierten alle vom Peroneus versorgten Muskeln aktiv; allein der Fuß stand in hochgradiger Valgusstellung, eine Folge der Mehrarbeit der Pronatoren. Es blieb nichts anderes übrig, als den Fuß wieder zu redressieren, den als Supinator wirkenden Flex. digit. zu verkürzen und den Fuß in Supination zu stellen. Die Folge dieser abermaligen Korrektion war ein Rückfall der Pronatoren in den ursprünglichen Lähmungszustand.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einen ähnlichen Fall hatte vor Wittek Robert Jones berichtet.

„Bei einer Lähmung des Biceps, die bereits seit 7 Jahren bestand, gelang es durch Bandagieren des Ellbogens in spitzwinkeliger Beugung den Bizeps wieder zur Funktionsfähigkeit zu bringen. Bei Eintreten dieses Erfolges wurde die Fixierung des Ellbogens weggelassen und der Unterarm konnte jetzt, der Wirkung der Eigenschwere folgend, wieder herabhängen. Die Folge davon war Wiederaufhören der Funktion. Neuerliches Bandagieren, das lange genug fortgesetzt wurde, hatte wieder Erfolg, der nach längerer Zeit auch ohne Bandage ein bleibender wurde." (Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 4.)

Diese beiden Fälle, die in so auffallender Weise das Wechselspiel von Funktion und Lähmung illustrieren, gab P. Veranlassung, das Material der Langeschen Klinik auf diese Tatsache zu prüfen. Er hat aus der großen Menge von poliomyelitischen Lähmungen nur diejenigen aus den letzten zwei Jahren gegriffen, und zwar hat er die paralytischen Spitzfüße deswegen gewählt, weil sich an ihnen am leichtesten und anschaulichsten die Muskelfunktion prüfen läßt.

Von 19 reinen paralytischen Spitzfüßen zeigten 8 vollkommene Erholung der Extensoren nach Vornahme der Achillotonotomie und nachfolgender 6 wöchentlicher Fixierung in Überkorrektionsstellung.

Bei 4 von diesen 8 Fällen ließ sich schon vor der Operation das Vorhandensein der überdehnten Extensoren nachweisen; die stark verkürzte Achillessehne und die dadurch bedingte Überdehnung der Extensoren ließ jedoch eine aktive Dorsalflexion nicht zustande kommen. Bei den 4 anderen Fällen konnte P. vor der Operation kein Leben in den Dorsalreflektoren sicher nachweisen; nach Abnahme des fixierenden Gipsverbandes begannen die vermeintlich gelähmten Extensoren zu funktionieren und erholten sich im Laufe der Zeit wieder vollständig. Die Funktion hat sich also in den 8 Fällen unter geeigneter Behandlung (Fixierung des Fußes in Dorsalflexion während der Nacht, Tragen einer geeigneten Schuheinlage am Tage, Massage und Bäder) vollkommen zur Normalen erholt. 2 Fälle befinden sich gegenwärtig noch in Behandlung. Über ein Resultat kann hierüber noch nicht berichtet werden. Die übrigen 9 Fälle zeigten, was schon durch die Untersuchung vor der Operation als sicher angenommen wurde, keine Erholung bez. ihrer Muskelfunktion.

Es haben sich also in nahezu der Hälfte der Fälle an paralytischen Spitzfüßen die Extensoren nur im Zustand der Überdehnung befunden. Dieselben waren imstande, ihre Funktionen wieder zu übernehmen, als ihnen durch Annäherung ihrer Insertionspunkte und längere Fixierung in Überkorrektion Gelegenheit gegeben wurde, sich zu verkürzen und ihre elastische Spannung zurückzuerhalten. Eine operative Verkürzung derselben durch Raffung hatte man in diesen Fällen nicht notwendig vorzunehmen. Dieselben hat P. jedoch häufig in Verbindung und auch als Ersatz für Muskel- bzw. Sehnenverpflanzung ausgeführt, darunter auch einige Male mit gutem Erfolg an den Extensoren der Hand, wenn er wider Erwarten gute Muskulatur antraf, die sich vor der Operation als nicht funktionierend und nach seiner Meinung als gelähmt präsentierte. Auf derartige Überraschungen stößt man bei der Vornahme von Sehnenplastiken gar nicht selten, aber gerade deshalb wird man gezwungen, Erfolge von

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

größeren Operationen, wie Nervenplastiken, vorsichtig zu beurteilen. Auch bei bzw. vor der Vornahme von Nervenplastiken ist die Korrektur der Stellungsanomalie der betreffenden Extremität Grundbedingung. Darin aber liegt das erste Moment zur Erholung der Funktion der überdehnten Muskulatur. Für die Behandlung der Poliomyelitis im Frühstadium ist die Erholungsmöglichkeit eines Muskels oder einer Muskelgruppe insofern von Bedeutung, als möglichst bald nach Ablauf des schmerzhaften Stadiums für sachgemäße Lagerung der betreffenden Extremität zu sorgen ist, um einer Kontraktur durch die gesunde, erhaltene Muskulatur und damit einer Überdehnung der kranken, gelähmten vorzubeugen. Grätzer.

F. Göppert, Zur Behandlung der akuten und chronischen Darmkatarrhe im 2. und 3. Lebensjahre. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Göttingen.) (Therap. Monatshefte. Juni 1911.) Wir kennen in Deutschland im allgemeineu zwei Typen von Ernährungsmethoden, die mit oder ohne ärztlichen Rat geübt werden. Die erste ist meist in besser situierten Familien im Schwange: Milch, Semmel und andere Mehle sowie Butter sind die Basis der gesamten Ernährung, zu der man noch eine Brühsuppe mit Gemüse und Kompott hinzufügt und deswegen von „gemischter Kost" sprechen zu können glaubt. Die zweite Methode besteht darin, daß man das Kind alles mitessen läßt, was die älteren Geschwister und Erwachsenen zu sich nehmen, meist aber jedoch ohne jede Einschränkung und namentlich in Arbeiterkreisen ohne jede bestimmte Ordnung. Daß auf beide Arten Kinder gut gedeihen können, ist begreiflich. Namentlich die zweite Methode kann bei ein wenig Vorsicht und Ordnung recht gute Erfolge erzielen, während man mit der ersteren meist mit Unrecht zufrieden ist. Außer der Großzüchtung der Erscheinungen der exsudativen Diathese finden wir bei ihr am häufigsten Verstopfung, die mit heftig einsetzenden Durchfällen abwechselt. Diese Durchfälle werden dann auf kleine Verstöße gegen die sonst so peinlich durchgeführte Diät oder auf schlechte Milchlieferung zurückgeführt.

Daß bei der Behandlung dieser Durchfälle die Milch sofort wegzulassen ist, ergibt sich von selbst. Ebenso weiß G. wohl, daß jede beliebige Mehldiät Erfolge zeitigt; aber namentlich, wenn das Ereignis sich öfters schon wiederholt hat, pflegt der gepriesene Nutzen der Kindermehle auszubleiben. Der sicherste Weg erscheint G., die Kur mit einem reichlichen halben bis ganzen Eßlöffel Rizinusöl zu eröffnen. Gerade bei Fällen mit Erbrechen pflegt das Öl ausgezeichnet behalten zu werden. Diese Beobachtung erklärt sich aus der Entdeckung von Tabora, daß Öl die Magenperistaltik zu hemmen imstande ist. Nur wenn die Kinder Zeichen starken Verfalls oder schleimig-blutige Stühle mit Tenesmen zeigen, ist es wünschenswert, zwei bis drei Liter warmen russischen Tee zur Darmspülung mittels Irrigators und Magenschlauch zu verwenden. Man kürzt dadurch die Krankheitsdauer ganz wesentlich ab. Bei älteren Kindern läßt man statt dessen einen Liter russischen Tee mit Irrigator einlaufen und wiederholt die Prozedur, nachdem das Kind die erste Menge entleert hat. Die ersten 24 Stunden ist es nur in den schwersten Fällen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

empfehlenswert, jegliche Nahrung außer Wasser oder mit Saccharin gesüßtem Tee auszusetzen. In den meisten Fällen ist der Appetit der Kinder noch so hochgradig, daß diese Verordnung nicht durchgeführt werden würde. Hier kann man nach den ersten 6 Stunden eine Tasse klarer Brühe und weiterhin nach 10—12 stündiger Karenz noch zweimal eine Tasse magerer Brühe mit ein wenig Schleim[1]) reichen lassen. Hiermit gelingt es, den ersten Tag ohne Schaden für das Kind erträglicher zu gestalten. Am zweiten Tage besteht die Diät aus 3—4stündlich zu reichenden Schleimmahlzeiten, die abwechselnd mit und ohne Fleischsuppe gekocht sind, die aber nie eine Menge von zirka $^3/_4$ Tasse übersteigen sollen. In dieser Zeit ist es natürlich notwendig, dem Kinde reichlich Wasser oder Tee zu gestatten. Kinder, die alles andere außer Milch verschmähen, kann man durch Eiweißwasser, das man nach dem Einrühren des Eiweißes gekocht und durchgeseiht, also fast vom Eiweiß befreit hat, täuschen. Am dritten Tage ist ein großer Teil der Kinder bereits so weit genesen, daß die Eltern geneigt sind, die alte Ernährungsweise wieder aufzunehmen; ein anderer Teil zeigt noch immer 3—4 schleimige, stinkende Stühle. Hier braucht man sich durchaus nicht vor der Zulage von Milch zu fürchten unter der Voraussetzung, daß die Menge der Nahrung, daher auch der Kohlehydrate, nicht beliebig gesteigert wird. Die Diät besteht dann aus 3 mal täglich $^1/_2$ Tasse dünnen Schleims mit 5—6 Eßlöffeln Milch und 2 mal einer Fleischsuppe mit Schleim in etwas größeren Mengen. Ist ein starker Mißbrauch von Milch vorhergegangen, so kann man statt der Milchzulage einen knappen Eßlöffel voll feingewiegtes Fleisch den beiden Brühmahlzeiten zumischen, wobei es völlig gleichgültig ist, welche Fleischsorte man wählt, wenn man nur für feinste Zerteilung sorgt. In systematischem Fortschreiten stellt man in 6—8 Tagen das Kind dann ungefähr auf folgende Kost ein: 3 mal täglich 100 g Milch mit zirka 100 g Schleim (bzw. 2 mal täglich 150 g Milch uud 50 g Schleim) und 2 mal täglich Brühsuppe mit durchgerührtem Reis, Kartoffelbrei, Gemüse und 30—60 g Fleisch. Man kann dann im weiteren Verlaufe statt des sogenannten zweiten Frühstücks Obst, wie Apfel und Banane, statt der Abendmahlzeit eine Schnitte mit weicher Mettwurst, jedoch ohne Butter, und Kartoffelbrei mit durchgerührten Mohrrüben oder ähnlichem Gemüse geben. Ebenso kann man natürlich die Milch ohne Verdünnung reichen und Gebäck dazu essen lassen. Wichtig ist aber nun, daß die Milchmenge 400 g nicht überschreitet, und daß im Gebrauch von Zucker und Fett das gleiche Maß waltet.

Während des ganzen Verlaufes der Behandlung lasse man sich durch das Allgemeinbefinden des Kindes mehr leiten als durch die Stühle, namentlich nicht durch das Aussehen derselben. Nur wenn bei Zuführung der Milch das Allgemeinbefinden litt, und die Stühle über 4 betrugen, ersetzt G. gewöhnlich die Milch durch

[1]) Unter Schleim ist eine Abkochung von gequetschten Haferkörnern, die durch ein Haarsieb durchgeseiht, aber nicht durchgerieben wird, zu verstehen. Wo Süßung erforderlich ist, bediene man sich während der Kur nur des Saccharins. Der übliche Zusatz von Butter muß ausdrücklich verboten werden.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Molke[1]) und gibt lieber etwas mehr Fleisch, z. B. Semmelscheibchen mit Mettwurst.

Übernimmt man die Behandlung des Kindes erst, nachdem eine längere Zeit Durchfall bestanden hat, so beginne man mit der Diät des zweiten Tages oder bei heftigen Erscheinungen mit der des ersten. Handelt es sich um ausgesprochen schleimig-eitrige Durchfälle, so empfiehlt es sich, statt der Milch Molke zuzuführen, aber im Widerspruch mit der sonst üblichen Behandlungsmethode die übrigen Vorschriften beizubehalten. Die gleiche Therapie empfiehlt sich auch bei Kindern, die wesentlich nach der zweiten Methode früher ernährt worden sind. Namentlich ist hier auf die feinste Verteilung der Nahrungsmittel zu achten.

Während nun bei dieser Behandlungsmethode die Milch nur eine geringe Rolle spielt, kann man sie in gewissen Fällen als wesentliches Heilmittel benutzen. Es sind das alle diejenigen Fälle, die, wie auch immer die ursprüngliche Ernährung gewesen sein mag, wochenlang fast nur von Kindermehlen gelebt haben und hierdurch schwer geschädigt worden sind.

Eine kurze Fastenzeit von 6—12 Stunden, in der man Tee und Brühe reichen läßt, ist auch hier zweckmäßig. Dann beginne man mit der Verabreichung reiner Milch, und zwar 4 mal täglich 100 g. Als fünfte Mahlzeit kann man mittags eine Brühsuppe reichen, in der man Mohrrüben zugleich mitgekocht hat. Ein wenig Schleimzusatz zu dieser Brühe ist vom zweiten Milchtage an gern gestattet; ebenso kann man am dritten Milchtage einen Eßlöffel voll Mohrrübenbrei durchrühren. Am zweiten Milchtage empfiehlt es sich, 4 mal täglich 125 g, höchstens weiterhin 150 g, Milch zu geben. Das Aussehen der Stühle ändert sich bald. Fast stets hat man schon am dritten Tage eine bedeutende Verringerung der Stuhlmenge und eine Besserung des Allgemeinbefindens zu verzeichnen. Bei auftretenden Ödemen salze man die Brühe nicht, berücksichtige aber sonst diese Erscheinung nicht. Dann ist aber eine weitere Vermehrung der Milchmenge nicht mehr notwendig. Der nächste Schritt ist, daß man den Schleim der Mittagssuppe dicker einkocht und, je nach der fortgeschrittenen Besserung des Stuhlganges, zur ersten und letzten Milchmahlzeit einen Zwieback zufügt. Am 8.—10. Tage der Behandlung darf man die Abendmilch durch eine Brühsuppe mit Schleim und Gemüse ersetzen, der man zweckmäßig dann etwas feingewiegtes Fleisch hinzufügt. So kommt man schließlich auf dieselbe Ernährungsmethode wie im ersten Falle hinaus. Nur besonders schwere Fälle verlangen ein längeres Verweilen auf der ursprünglichen Kostanordnung, wobei freilich das Mittagessen in bezug auf Gemüse und Fleisch sehr viel reichlicher gestaltet werden darf.

In bezug auf die Art der Verabreichung der Milch scheint es wichtig zu sein, daß die kleine Menge unverdünnt gereicht wird, und

---

[1]) Ein Teelöffel Pegnin, 2 Teelöffel Labessenz oder eine Tablette Labferment von Borrough & Wellcome werden der kühlen Milch (1/2 l) zugesetzt und dieselbe dann in heißes Wasser eingestellt. Sobald die Gerinnung eingesetzt hat, nimmt man den Milchtopf heraus, läßt ihn eine Viertelstunde ruhig stehen und gießt dann durch ein Leinwandläppchen durch.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Zeitschrift für Krüppelfürsorge.

Organ der deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge. E. V.

Herausgegeben von

Dr. Bade-Hannover, Dr. Gocht-Halle a. S., Prof. Joachimsthal-Berlin, Prof. Lange-München, Dr. Reichard-Magdeburg, San.-Rat Dr. Schanz-Dresden, Dr. Schlee-Braunschweig, Dr. Leonh. Rosenfeld-Nürnberg, Prof. Vulpius-Heidelberg, Prof. Wullstein-Halle, — Prof. Czerny-Straßburg, Geh.-Rat Prof. Heubner-Berlin, Geh.-Rat Prof. Ziehen-Berlin, — Direktor Erhard-München, Lehrer Frenzel-Stolp, Dr. Heller-Wien, Pastor Hoppe-Nowawes, Erz.-Insp. Piper-Dalldorf, Rektor Sommer-Bigge a. Rh., Pastor Stritter-Hamburg, Dir. Trüper-Jena, Pastor Ulbrich-Cracau, — Landes-Vers.-Rat Hansen-Kiel, R.-A. Lüdicke-Spandau, M. d. pr. Abg.-Haus., — Stadtschularzt Dr. Stephani-Mannheim, Schularzt Dr. Lewandowski-Berlin, — Dr. Ritter v. Aberle-Wien, Prof. Beck-New York, Prof. Codivilla-Bologna, Dr. Finck-Charkow, Dr. Haglund-Stockholm, Rob. Jones-Liverpool, Prof. Lorenz-Wien, Lovett-Boston, R. Natvig-Christiania, Dr. Rauenbusch-Buenos Aires, Dr. Redard-Paris, Prof. Schulthess Zürich, Dr. Witter-Graz

und unter Mitwirkung von

Hilfsschuldirektor Delitsch-Plauen i. V., Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin, Stadtrat Dr. Münsterberg †-Berlin, Pastor D. Schäfer-Altona

redigiert von

Dr. Konrad Biesalski,

Direktor und leit. Arzt d. Berlin-Brandenburgischen Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt.

Die Zeitschrift erscheint in zwanglosen Heften. Vier Hefte (vorläufig etwa vierteljährlich) bilden einen Band. Preis des Bandes M. 12.—.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Inhalt von Band I.

Seite
Zur Einführung 1

Abhandlungen.

Die Entwicklung der orthopädischen Chirurgie in den letzten 20 Jahren. Zugleich ein Nachruf auf Albert Hoffa. Von Dr. Hermann Gocht-Halle a. S. 3
Was ist ein Krüppel? Von Dr. Biesalski-Berlin 11
Das religiöse Moment im Krüppelheim. Von D. Th. Schäfer-Altona . . . 18
Das Interesse der Armenpflege an einer geordneten Krüppelfürsorge. Von Stadtrat Dr. E. Muensterberg-Berlin 21
Die heute nach Geltung ringenden pädagogischen Prinzipien in ihrer Bedeutung für die Krüppelanstalten. Sammelreferat über die pädagogische Literatur. I. Teil. Von Direktor Delitsch-Plauen 23

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite
Orthopädisches aus dem Jahre 1907. Von Prof. Vulpius-Heidelberg . . . 26
Krüppelfürsorge und Staat. Von Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Dietrich-Berlin 79. 174
Die Krüppelpflege in Holland. Von Pastor A. M. Knottnerus-Arnhem . 87
Worauf beschränkt sich die sogenannte individuelle Behandlung gebrechlicher Kinder im Massenunterricht. Von Konrad Agahd 91
Der praktische Wert der Krüppelzählkarten. Von Dr. Konrad Biesalski 96
Krüppelfürsorge und soziale Gesetzgebung. Von San.-Rat A. Schanz-Dresden 114
Eine schwedische Krüppelstatistik. Von Dr. Patrik Haglund-Stockholm 121
Friedrich Hessing. Zu seinem 70. Geburtstage. Von Dr. Albert Stein-Wiesbaden. Mit einem Porträt Friedrich Hessings 163
Ein operierter Fall von Hirnzyste im Bereich der linken motorischen Region mit einem Ausblick auf die Operabilität der zerebralen Kinderlähmung. Von Dr. Alfons Kempner-Charlottenburg 190
Krüppelfürsorge in Italien. Von Prof. Dr. A. Codivilla-Bologna. Mit 7 Abbildungen im Text 204. 257
Die heute nach Geltung ringenden pädagogischen Prinzipien in ihrer Bedeutung für die Krüppelanstalten. II. Teil: Man verlangt Bildung des Kunstgefühls im Kinde. Von Direktor Delitsch-Plauen 209
Orthopädisches aus dem Jahre 1907. Von Prof. Vulpius-Heidelberg . . . 213
Über die Zweckmäßigkeit sogenannter Sonderturnkurse bei Haltungsanomalien der Volksschulkinder. Von Dr. Blencke-Magdeburg 245
Der Anteil der inneren Mission an der Krüppelfürsorge. Von Pastor Martin Ulbrich-Cracau 277
Ziele und Wege der ärztlichen Krüppelfürsorge. Von Prof. Dr. Fritz Lange-München 282
Die Kostenfrage in der Krüppelfürsorge. Von San.-Rat Dr. A. Schanz-Dresden. 290
Eignen sich die deutschen Nordseeinseln für die Behandlung von Fällen chirurgischer Tuberkulose im Kindesalter? Von Dr. Schlichthorst-Norderney 295
Orthopädisches aus dem Jahr 1908. Von Prof. O. Vulpius-Heidelberg . . 298

Kleine Mitteilungen.

Die Landesversicherungsanstalten und die Krüppelheime in Deutschland. Von Landesversicherungsrat Hansen-Kiel S. 30. — Die Krüppel-Lotterie der † Königin-Witwe Carola von Sachsen. Von Sanitätsrat Dr. A. Schanz in Dresden S. 32. — Plauener Rachitismerkblatt S. 33. — Pariser Reisebrief. Von D. Th. Schäfer S. 34. — Die deutschen Krüppelheime. Von Dr. Konrad Biesalski S. 123. — Ein von der Schule geheilter Fall von Krampflähmung. Von Th. Dippold-Hof a. S. S. 216. — Kastration zur Bekämpfung des Blödsinns S. 219. — Erinnerungen Unglücklicher. Von Inspektor Ehrhard-München S. 302. — Das Kopenhagener Krüppelheim. Von Dr. Muskat-Berlin S. 308.

Aus den Grenzgebieten und der allgemeinen Fürsorge.

Zentralstelle für Volkswohlfahrt S. 149. — Ausbreitung der Säuglingsfürsorge im Reiche im verflossenen Jahre S. 230.

Aus Vereinen und Kongressen.

Kongresse.

7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie S. 47. — Verhandlung über Krüppelfürsorge S. 49. — Ausstellung der bestehenden Krüppelanstalten S. 66.

Parlamente.

Preußisches Haus der Abgeordneten S. 68. — Erste Kammer des sächsischen Landtages S. 72. — Bayerische Kammer der Reichsräte S. 231. — Bayerische Kammer der Abgeordneten S. 234. — Badischer Landtag. II. Kammer S. 236. — Erlaß des preußischen Kultusministers, betr. das orthopädische Schulturnen S. 238. — Sächsischer Landtag I. Kammer S. 311.

Referate wichtiger Bücher und Aufsätze.

Schanz, Handbuch der orthopädischen Technik für Ärzte und Bandagisten, Gocht, Künstliche Glieder. Ref. Blencke-Magdeburg S. 74. — Rosenfeld, Prophylaxe der Verkrüppelung. Ref. Blencke-Magdeburg S. 74. — Bericht über

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Tätigkeit der Berliner Schulärzte im Jahre 1906/07. Ref. Meyer S. 75. — Poelchau, Anleitung für die schulärztliche Tätigkeit. Ref. A. Lewandowski-Berlin S. 77. — Über Krüppelnot und Krüppelhilfe, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Königreich Sachsen von San.-Rat Dr. A. Schanz. Ref. Georg Rott-Berlin S. 78. — Kirsch, Rachitis und Skoliose. Ref. Blencke-Magdeburg S. 152. — Jahresbericht des Hamburgischen Seehospitals „Nordheim-Stiftung" in Sahlenburg bei Kuxhaven für das Jahr 1907. Ref. Blencke-Magdeburg S. 153. — Wahl, Was dürfen wir von der heutigen Skoliosenbehandlung erwarten? Ref. Blencke-Magdeburg S. 153. — Hirschberg, Heilung schwerer Knochentuberkulose durch Sonnenbäder im Hochgebirge. Ref. Blencke-Magdeburg S. 154. — Henz, Leitfaden der gesamten Heilpädagogik für Seminaristen und Lehrer. Ref. Martini-Berlin S. 314. — Zeitschrift für Jugendwohlfahrt. Ref. Biesalski-Berlin S. 315. — Jahrbuch für Krüppelfürsorge. Ref. Biesalski-Berlin S. 316.

Technische Neuerungen.

(Aus der Berlin-Brandenburgischen Krüppelheil- und Erziehungsanstalt.)
1. Eine neue Schulbank für Krüppelschulen. Mit zwei Abbildungen S. 155. — 2. Eine Schreibmaschine für Einarmige. Mit einer Abbildung S. 158. — 3. Ein transportabler Dampfstrahl-Apparat. Mit einer Abbildung S. 160. — Ein automatischer Entwickelungstisch S. 242. — Eine elektrische Lampe für photographische Zimmeraufnahmen S. 244.

Aus der praktischen Arbeit.

Das Braunschweiger Krüppelheim. Von Dr. Schlee-Braunschweig S. 37. — Aus Leipzig. Von Hermann Prager S. 39. — Die neuen Anstalten der Josefs-Gesellschaft in Bigge in Westfalen. Von Rektor Sommer-Bigge S. 40. — Der Stand der Krüppelfürsorge in Hamburg. Von Dr. Deutschländer-Hamburg S. 42. — Aus Köln. Von Sanitätsrat Dr. Dormagen S. 43. — Aus Wiesbaden S. 43. — Aus Heidelberg S. 44. — Krüppelheim in Halle a. S. S. 44. — Für die Provinz Posen S. 44. — Aus Namslau, Schlesien S. 44. — Katholisches Krüppelheim in Beuthen S. 44. — Maria-Victoria-Krüppelheim in Oranienburg bei Berlin S. 45. — Verein zur Fürsorge für jugendliche Krüppel, E. V. in Lübeck S. 45. — Stand der Krüppelfürsorge in der Schweiz. Von Wilhelm Schulthess-Zürich S. 45. — Krüppelheim zu Alten-Eichen bei Stellingen S. 46. — Annastift in Hannover S. 47. — Bayerische Genossenschaft des Johanniter-Ordens S. 47. — Lotterie für das Krüppelheim in Dresden S. 136. — Ärztlicher Jahresbericht aus dem Zwickauer Krüppelheim vom Jahre 1907. Von Dr. Gaugele S. 136. — Die Pfeifferschen Stiftungen in Cracau S. 138. — Ausbildung krüppelhafter Personen in Münster i. W. S. 139. — Berlin-Brandenburgische Krüppelheil- und Erziehungsanstalt S. 139. — Aus Beuthen S. 145. — Aus New York S. 146. — Stand der Krüppelfürsorge in Steiermark. Von Dr. Arnold Witteck-Graz S. 147. — 14. Jahrbuch der „New York Dispensary and Hospital for crippled children" S. 149. — Kinderkrüppelheim zu Angerburg S. 219. — Leisten für Krüppelfüße S. 220. — Verein Annastift in Hannover S. 221. — Anstalt Luisenhof in Zell im Wiesenthal S. 221. — J. H. Wernersche Kinderheilanstalt in Ludwigsburg S. 222. — Hifferstiftung in Münster i. W. S. 222. — Landes-Krüppelanstalt „Elisabethheim" in Rostock S. 222. — Johanniter-Krankenhaus in Züllchow S. 223. — Aus Heidelberg S. 223. — Westpreußischer Krüppelfürsorgeverein S. 224. — Orthopädisch-gymnastischer Spielkursus in Barmen S. 224. — Verein für künstliche Glieder in Stuttgart S. 226. — Aufruf zur Gründung einer schweizerischen Anstalt für krüppelhafte Kinder S. 228. — Krüppelheim Zwickau-Marienthal S. 317. — Krüppelheim Waldeck S. 321. — Orthopädische Anstalt Hannover S. 321. — Kinderkrüppelheim Angerburg S. 321. — Zentrale für Jugendfürsorge Dresden S. 322. — Posener Genossenschaft des Johanniterordens S. 322. — IX. Jahresbericht des Schlesischen Krüppelheims in Rothenburg O.-L. S. 322. — Westpr. Krüppelfürsorgeverein Danzig S. 322. — Krüppelheim und Feierabend-Haus in Berlin S. 323. — Zentralkrüppelanstalt in München S. 324. — Vinzenzkrüppelheim in Aachen S. 324. — Martin & Eduard Littauer-Stiftung in Breslau S. 324. — Badischer Fürsorgeverein für bildungsfähige Krüppel S. 325. — Verein für Krüppelfürsorge in Wiesbaden S. 325. — Plauener Jugendfürsorgeverein S. 325. — Zentralanstalt für krüppelhafte Kinder in Bayern S. 325. — Verein Leopoldineum in Wien

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

S. 326. — Schule für Krüppel in Hennegau S. 326. — V. und VI. Jahresbericht für „Sophies Minde" in Christiania S. 326.

Personalien S. 162.

Inhalt von Band II.

Aus der deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge.

Einladung zum I. Deutschen Kongreß für Krüppelfürsorge 1910 S. 255. — Vorstandssitzung im Kultusministerium in Berlin S. 257.

Abhandlungen.

Seite

Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge 1
Bandagisten-Kurpfuscherei und Krüppelfürsorge. Von Privatdozent Dr. Arnold Wittek-Graz 25
Persönliche Erfahrungen. Von Oberarzt Dr. med. Reichard in Magdeburg 29
Aus der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge 93
Wesen und Entwicklung des Werkunterrichts. Von Hans Denzer in Worms 94
Ärztliche Erfolgsstatistik in den deutschen Krüppelheimen. Von Dr. Bade, Spezialarzt für Orthopädie in Hannover 111
Stand und Erfolge des Unterrichts an Idioten und Imbezillen. Von H. Piper, Erziehungsinspektor in Dalldorf 120
Krüppel- und Siechenanstalten in Frankreich. Von Dr. P. Redard und Dr. P. V. Badin-Paris 127
Über Erziehung in Krüppelanstalten. Von Inspektor Erhard-München . . 131
Aus der deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge 177
Die Hygiene der Krüppelanstalt. Von Dr. Leonhard Rosenfeld, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, und Dr. Sigmund Merkel, k. Bezirksarzt, in Nürnberg 182
Krüppelschule und Krüppelklinik. Von Prof. Lange-München 200
Versuch einer Krüppelfürsorge im Kreise Ziegenrück. Von Kreisarzt Dr. Curtius-Großkamsdorf 206
Begriff, Umfang und Ausbreitung des Hilfsschulwesens in Deutschland. Von Arno Fuchs-Berlin 213
Neuigkeiten aus der schulärztlichen Literatur. Von Dr. Alfred Lewandowski-Berlin 222
Die heute nach Geltung ringenden pädagogischen Prinzipien in ihrer Bedeutung für die Krüppelanstalten. Von Direktor Delitsch-Plauen . . 237
Alkoholmißbrauch und Krüppeltum. Von Nervenarzt Dr. H. Hoppe-Königsberg 258
Eingangspforten der Tuberkulose. Von Dr. A. Reiche-Berlin 273
Werkunterricht, Arbeitserziehung und Handfertigkeitsunterricht. Von Hans Denzer-Worms 279
Welche Beziehungen bestehen zwischen der gewerblichen und landwirtschaftlichen Kinderarbeit einerseits und der Krüppelfürsorge andererseits? Von Konrad Agahd-Rixdorf (Berlin) 286

Kleine Mitteilungen.

Staatliche oder private Krüppelfürsorge? Eine Umfrage S. 42. — Die Krüppelpflegeanstalt Annastift und das Krüppellehrlingsheim Wilhelm-Auguste-Viktoria-Stift in Hannover S. 59.

Ein Werberuf S. 141. — Der Krüppel in der Belletristik S. 144. — Die bayerische Krüppelzählung vom 10. Januar 1907 S. 155.

Eine Bibliographie der Krüppelfürsorge S. 240.

Pädagogische Behandlung der Idiotie und Epilepsie S. 297. — Bibliographie der Krüppelfürsorge S. 303.

Aus Vereinen, Kongressen, Parlamenten und Behörden.

Parlamente.

Preußisches Abgeordnetenhaus S. 70. — Zweite Kammer des Sächsischen Landtags S. 306.

Kongresse.

14. Allg. Charitastag in Erfurt S. 74. — 5. Konferenz der deutschen Anstalten für Krüppelpflege S. 74. — Kongreß der deutschen Gesellschaft für

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

orthopädische Chirurgie S. 76. — Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie S. 77. — Kongreß der deutschen Röntgengesellschaft S. 77.

Behörden.

Ansbach S. 243. — Hannover S. 244.

Referate wichtiger Bücher und Aufsätze.

Schanz, Krüppelfürsorge und soziale Gesetzgebung S. 78. — Bölsche, Die Auffassung des Monismus über soziale Arbeit S. 78. — Lindheim, Saluti juventutis. Ref. Muensterberg-Berlin S. 79. — Luppe-Sell, Behandlung erwerbsbeschränkter und erwerbsunfähiger Wanderarmen. Ref. Muensterberg-Berlin S. 80. — Schulthess, Die Krüppelfürsorge. Ref. Rott-Berlin S. 82. — Meyer, Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte 1907/1908 S. 83.

Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Ref. Schlee-Braunschweig S. 157. Jahrbuch der Krüppelfürsorge S. 166.

K. v. Bardeleben, Statik und Mechanik des menschlichen Körpers S. 308. — Prof. H. Jaeger, Die Bakteriologie des täglichen Lebens S. 309. — Dr. I. F. Gottstein, Fürsorge für Krüppelkinder S. 309. — Blätter für Säuglingsfürsorge S. 310. — H. Piper, Der kleine Modelleur S. 310. — Bericht über den VII. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands zu Meiningen am 13., 14. u. 15. April 1909 von Dr. Wehrhahn und A. Henze S. 311. — Stadelmann, Dr. med. Heinrich, Ärztlich-pädagogische Vorschule auf Grundlage einer biologischen Psychologie S. 311. — G. Major, Die heilpädagogische Behandlung gelähmter Kinder S. 311. — Verhandlungen des ersten deutschen Jugendgerichtstages 15.—17. März 1909 S. 311.

Aus den Grenzgebieten und der allgemeinen Fürsorge.

Staatliche Unfallversicherung 1907 S. 169. — Jugendfürsorge S. 170.

Aus der praktischen Arbeit.

Kinderkrüppelheim in Wolfshagen S. 84. — Verein zur Fürsorge für bildungsfähige Krüppel in Zwickau S. 84. — Krüppelfürsorge-Verein in Nürnberg S. 85. — Gustav-Werner-Stiftung zum Bruderhaus in Reutlingen S. 86. — Krüppelheim in Volmarstein i. W. S. 87. — Dormagen-Stiftung in Köln S. 87. — Landesverein für Krüppelfürsorge in Baden S. 87. — Leipziger Heim für gebrechliche Kinder S. 88. — Krüppelfürsorge im Regierungsbezirk Cassel S. 88. — Krüppelheim in der Provinz Hessen-Nassau S. 90. — Verein für Krüppelfürsorge in Wiesbaden S. 91. — Kaiser-Franz-Josef-I.-Jubiläumsfürsorgeheim in Schwaden S. 92.

Leipziger Heim für gebrechliche Kinder, e. V. S. 171. — Jahresbericht des Annastiftes in Hannover S. 171. — Heilstätte Norderney S. 172. — Die Großherzogin-Witwe Luise und die Krüppelfürsorge S. 173. — Krüppelheim Alten-Eichen in Stellingen S. 174. — Krüppelheim St. Georgsstift in Beuthen S. 174. — Krüppelkommission in Posen S. 175. — Krüppelschule in Waldenburg S. 176. — Rechenschaftsbericht der deutschen Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Böhmen S. 176. — Generalversammlung des schweiz. Vereins für krüppelhafte Kinder S. 176.

Gründung des Vereins Krüppelhilfe in Dresden S. 245. — Leipziger Heim für gebrechliche Kinder S. 247. — 41. Rechenschaftsbericht des Vereins für künstliche Glieder für das Jahr 1908 in Stuttgart S. 248. — Georg-Krüppelheim in Beuthen S. 248. — Katholischer Charitastag in Erfurt S. 248. — Krüppelfürsorge in Hessen-Nassau S. 249. — Generalversammlung des Vereins Schlesisches Krüppelheim S. 249. — Gründung einer Krüppelheilanstalt für die Rheinprovinz in Köln S. 250. — Krüppel-Heil- und Bildungsverein für den Regierungsbezirk Merseburg in Halle a. S. S. 251. — Krüppelfürsorge im Regierungsbezirk Cassel S. 252. — Armenheilanstalt „Paulinenhilfe" für orthopädische Kranke in Stuttgart S. 253. — Westpreußischer Krüppelfürsorgeverein in Danzig S. 253. — 7. Bericht des Vereins zur Unterstützung armer Verkrüppelter 1905—1908 in Christiania S. 254. — Eine Schule für unglückliche verkrüppelte Kinder in Indianapolis S. 254.

Das Krüppelheim in Beuthen S. 312. — Die Heilstätte St. Andreasberg in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wormditt S. 312. — Ausbildungskursus für Lehrer und Lehrerinnen in orthopädischem Turnen in Berlin S. 312. — Verein Krüppelhilfe in Dresden S. 312. — Krüppelfürsorgeverein für die Provinz Sachsen in Magdeburg S. 313. — Die Landeskrüppelanstalt Elisabethheim in Rostock S. 313. — Der Rechnungsabschluß des Johanna-Helenen-Heims (Krüppelheim) in Volmarstein S. 314. — Das Kinderheim des Vereins für Krüppelfürsorge in Wiesbaden S. 315. — Der Westpr. Krüppelfürsorgeverein in Danzig S. 316. — Das Krüppelkinderheim in Anger) burg S. 317. — Lord Mayor Treloar Cripple's Home and College, Alton (England- S. 317. — Watercress and Flowergirls Mission in Clerkenwell S. 319. — Errichtung einer Nationalen Fürsorgeanstalt für Krüppel in Barcelona S. 320.

Kurse, Vorträge.

Behandlung schwachsinniger Kinder, Erz.-Insp. Piper in Dalldorf S. 254.

Inhalt von Band III.

Aus der deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge.

I. Deutscher Kongreß für Krüppelfürsorge S. 1. — Internationale Ausstellung für Krüppelfürsorge 1911 S. 82.

Abhandlungen.

Seite

Die „Deutsche Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Böhmen" und die Krüppelfürsorge. Ein Bericht von Dr. Theodor Altschul-Prag, k. k. Obersanitätsrat 12
Aus der Armenpflege. Von Stadtrat Münsterberg-Berlin 21
Aus dem Blindenwesen. Von Blindenlehrer Reckling-Halle a. S. 29
Der Taubstumme und seine Bildung. Von Taubstummenlehrer Linke-Halle a. S. 41
Die Röntgenologie im Krüppelheim. Von Dr. H. Gocht-Halle a. S. Mit 13 Abbildungen im Text 88
Jugendfürsorge und soziale Hilfe. Von Hilfsschulleiter Sasse-Rixdorf . . 108
Aus der Neurologie und Psychiatrie des Jahres 1909/10. Von Dr. A. Simons, Nervenarzt in Berlin 121
Hilfsschulwesen und Anstaltserziehung in ihren Beziehungen zur Krüppelfürsorge. Von Johannes Delitsch 127

Kleine Mitteilungen.

Zählkarte für das einzelne Krüppelkind S. 46. — Die Fortschritte auf dem Gebiet der Kinderheilkunde. Von Dr. A. Reiche-Berlin S. 50.
Das orthopädische Schulturnen und die deutschen Turnlehrer S. 134. — Bibliographie der Krüppelfürsorge S. 66.

Aus Vereinen, Kongressen und Parlamenten.

Preußisches Haus der Abgeordneten S. 54. — Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose S. 56. — Stadtverordnetenversammlung zu Köln vom 12. Mai 1910 S. 57. — Orthopäden-, Chirurgen-, Röntgenkongreß S. 59.

Besprechung wichtiger Bücher und Aufsätze.

Moll, Das Sexualleben des Kindes S. 138. — Vulpius, Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung S. 139. — Müller, Die Orthopädie des praktischen Arztes S. 140. — Meyer, Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte im Jahre 1908/09 S. 140. — Sachs, Bau und Tätigkeit des menschlichen Körpers S. 141. — David, Körperliche Verbildungen im Kindesalter und ihre Verhütung S. 142. — Oldevig, Ein neues Gerät und neue Übungen der schwedischen Heilgymnastik S. 142. — Jahresbericht der Zentrale für private Fürsorge S. 142. — Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge E. V. S. 143. — Stiefkinder der Sozialpolitik S. 143. — Reicher, „Bibliographie der Jugendfürsorge" S. 143. — Report of the commissioner of education for the year ended june 30 1909 S. 144. — Chapter XI. Schools for crippled children abroad S. 144.

Technische Neuerungen.

Aus dem Annastift Hannover-Kleefeld S. 64.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus der Prof. J. Riedingerschen, orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Würzburg S. 144.

Aus der praktischen Arbeit.

Landes-Krüppelheim in Braunschweig S. 68. — Berlin-Brandenburgische Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt in Berlin S. 68. — Verein Krüppelhilfe in Dresden S. 68. — Danzig S. 69. — Norderney S. 70. — Krüppelheim „Georgstift" in Beuthen S. 70. — Verein für Krüppelfürsorge in Nürnberg S. 72. — Krüppelheim in Fulda S. 73. — Sächsisches Krüppelheim „Königin Carola-Stiftung" in Dresden-Trachenberg S. 73. — Cracau S. 74. — Westpreußischer Krüppelfürsorgeverein in Danzig S. 75. — Landes-Krüppel-Anstalt „Elisabethheim" in Rostock S. 76. — Hamburg S. 77. — Regensburg S. 79. — Verein zur Fürsorge für bildungsfähigen Krüppel zu Zwickau S. 79. — Hessisches Krüppelheim in Nieder-Ramstadt S. 80.

Kiel S. 149. — Würzburg S. 149. — Verein für Krüppelfürsorge in Bielefeld S. 149. — Krüppelheim in Marburg S. 149. — Leipziger Heim Humanitas S. 150. — Kassel S. 150. — Landesauschuß für Krüppelfürsorge in Dresden S. 150. — Der Samariter-Verein für chirurgisch-orthopädische Hilfe in München S. 151. — Kinderheim Luisenhof in Gresgen bei Zell i. W. S. 151. — Reutlingen S. 151. — Verein für Krüppelfürsorge in Nürnberg S. 152. — Deutschherren-Ordensschloß in Absberg S. 153. — Posen S. 153. — Krüppelheim in Marklissa S. 154. — Halle a. S. S. 154. — Oberlinhaus in Nowawes S. 154. — Krüppelheim „Alten Eichen" in Stellingen S. 155. — Krüppelpflegeanstalt Annastift E. V. in Hannover S. 156.

Inhalt von Band IV.

Abhandlungen.

Seite

Zur Geschichte der frühesten Krüppelfürsorge. Von M. Kirmsse-Idstein i. Taunus 3

Entwickelung d. Krüppelfürsorge im Herzogtum Oldenburg bis zur Einführung einer gesetzlichen Grundlage. Von Landesarzt Med.-Rat Dr. Schlaeger 18

Jugendliches Siechtum und Minderwertigkeit als Folge von Geschlechtskrankheiten. Von Stabsarzt a. D. Dr. Ernst, Spezialarzt in Berlin, ehemals Assistent der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Charlottenburg 23

Cerebrale Kinderlähmung und Intelligenz. Von Dr. L. Borchardt 39

Werkunterricht, Arbeitserziehung und Handfertigkeitsunterricht. Jahresbericht von Hans Denzer-Worms 50

Pädagogische Behandlung der Idiotie und Epilepsie. Jahresreferat von Erziehungsinspektor Legel-Berlin 56

Schulärztliches. Von Dr. L. Lewandowski-Berlin 61

Aus der deutschen Vereinigung.

1. Unsere Toten 79

2. Die Ausstellung für Krüppelfürsorge in Dresden 82

Fürsorge für Krüppelkinder in den Vereinigten Staaten. Von Robert W. Lovett, M. D., Boston und Wm. S. Merrill, M. D., Philadelphia 129

Stand und Aussichten der Nervenplastik. Von Dr. Peter Bade-Hannover 155

Aus dem Blindenwesen. Von O. Reckling, Blindenlehrer in Halle a./S. 160

Zur Geschichte des Hamburger Krüppelfürsorgevereins. Von Dr. Carl Deutschländer-Hamburg 165

Kleine Mitteilungen.

Das Jahrbuch für Krüppelfürsorge S. 64. — Ulbrich, Zur Literatur der Krüppelfürsorge S. 65.

Die deutsche Krüppelfürsorge am Ende des Jahres 1910 S. 181.

Aus Vereinen, Kongressen und Parlamenten.

Verordnung der sächsischen Regierung an die Kreis- und Amtshauptmannschaften S. 202. — Orthopäden-, Chirurgen- und Röntgenkongreß S. 205.

Bibliographie der Krüppelfürsorge S. 66.

Besprechung wichtiger Bücher und Aufsätze.

Rosenfeld, Neue Wege in der Krüppelfürsorge S. 69. — Köhler, Lexikon

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Grenzen des Normalen und der Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde S. 71. — The Child: A monthly Journal. Devoted to Child Welfar S. 71.
Herrmann Gocht, Handbuch der Röntgenlehre S. 207. — Lange und Spitzy, Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter S. 207.

Aus der praktischen Arbeit.

Wolfshagen S. 71. — Baden S. 72. — Vereinigung für Krüppelfürsorge im Großherzogtum Hessen S. 73. — Magdeburg S. 73. — Verein Schlesisches Krüppelheim in Rothenburg O.-L. S. 74. — Hamburg S. 75. — Köln S. 75. — Norderney S. 77. — Über die Tätigkeit des Vereins Krüppelhilfe zu Dresden S. 77. — Angerburg S. 77. — Die Gründung eines Krüppelfürsorgevereins für den Kreis Unterfranken und Aschaffenburg in Würzburg S. 78. — Alten Eichen S. 78.
Volmarstein S. 208. — Rechenschaftsbericht der Berlin-Brandenburgischen Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt S. 209. — Posen S. 210. — Verein zur Fürsorge für jugendliche Krüppel in Lübeck 210. — Verein zur Fürsorge für bildungsfähige Krüppel aus den Regierungsbezirken Zwickau, Chemnitz und Leipzig S. 210. — Leopoldineum in Wien S. 211. — Johanniter-Ordensgenossenschaft in Posen S. 211. — Schweizerischer Verein für krüppelhafte Kinder in Zürich S. 212. — Sachsen S. 212. — Krüppel-Heil- und Lehranstalt für Ostpreußen zu Königsberg S. 213. — Hessischer Fürsorgeverein für Krüppel in Darmstadt S. 213. — Verein für künstliche Glieder in Stuttgart S. 214. — Straßburg, Elsaß S. 214. — Krüppel- und Siechenheim in Pleschen S. 214. — Wiesbaden S. 214. — Fürsorgeverein für bildungsfähige Krüppel in Liegnitz S. 215. — Verein für Krüppelfürsorge in Nürnberg S. 215. — Erfurt S. 215. — Königliche Zentralanstalt für Erziehung und Bildung krüppelhafter Kinder in München S. 216. — Hauptversammlung des Krüppelfürsorgevereins in der Provinz Sachsen S. 216.

Personalien S. 78.

Eine Bibliographie der Krüppelfürsorge.

Jedes der an der Krüppelfürsorge beteiligten Gebiete wird einmal jährlich von einem Fachmann in einem Gesamtüberblick so referiert, daß sich der Text weniger an die Fachleute des besprochenen Gebietes als an die Arbeiter auf anderen Gebieten der Krüppelfürsorge wendet.

Die Referate und ihr Erscheinungtermin sind folgende:

Dr. Biesalki-Berlin, Orthopädie, Chirurgie, einschließlich der Medikomechanik, Massage, Röntgenologie.	April.
Dr. Stoffel-Heidelberg, Unfallheilkunde, Sachverständigentätigkeit, ausländische Presse.	April.
Dr. Reiche-Berlin, Kinderheilkunde und Tuberkulose.	Juli.
Dr. Simons-Berlin, Neurologie und Psychiatrie, einschl. der wissenschaftlichen Erforschung des Schwachsinns, der Epilepsie und Idiotie.	Oktober.
Dr. Lewandowski-Berlin, Schulärztliche Literatur.	Januar.
Hilfsschulleiter Martini-Berlin, Pädagogik u. Fortbildungsunterricht.	Oktober.
Direktor Delitsch-Plauen i. V., Hilfsschulwesen und Anstaltserziehung.	Juli.
Lehrer Denzer-Worms, Werkunterricht, Arbeitserziehung, Handfertigkeitsunterricht.	Januar.
Lehrer Linke-Halle a. S., Taubstummenwesen.	Juli.
Lehrer Reckling-Halle a. S., Blinde, Taubstummblinde.	April.
Inspektor Legel-Berlin, Pädagogische Behandlung der Epilepsie und Idiotie.	Januar.
Inspektor Legel-Berlin, Sprachstörungen.	April.
Pfarrer Ulbrich-Cracau, Evangelische Liebestätigkeit.	Oktober.
Rektor Sommer-Bigge i. W., Katholische Liebestatigkeit.	Januar.
Stadtrat Dr. Münsterberg-Berlin, Armenpflege.	April.
Lehrer Sasse-Rixdorf b. Berlin, Jugendfürsorge und soziale Hilfe.	Juli.

Außerdem bringt jedes Heft aus ca. 100 Zeitschriften die Titel der erschienenen Arbeiten und Bücher, welche für die Krüppelfürsorge von Bedeutung sind.

Metzger & Wittig, Leipzig. 749

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß erst 1—2 Stunden später der Durst des Kindes in der erwähnten Weise mit Tee, und bei der Befürchtung von starken Gewichtsstürzen in den ersten Behandlungstagen auch mit etwas klarer Fleischsuppe gestillt wird. Zugleich möchte G. hervorheben, daß er in bei weitaus den meisten Fällen gelabte Milch verabfolgt hat.[1])

Ein Nachteil der Behandlungsmethode ist der Hunger, der sich am 3.—4. Tage besonders bemerkbar macht, der aber als Zeichen der beginnenden Genesung begrüßt werden darf.

Auf eine Art von Durchfall möchte G. hinweisen, der einer Behandlung nicht bedarf. Sehr häufig sehen wir bei bestimmten Kindern, die oft an Attacken von Halsentzündungen, Schnupfenkatarrhen usw. leiden, zu gleicher Zeit mit derartigen kleinen Störungen auch einige dünne Stühle auftreten. Hier genügt ein wenig Reduktion der Nahrung. Das Eingreifen mit einem Abführmittel würde hier die Beobachtung und Beurteilung erschweren. Namentlich ist die übliche Kalomeltherapie hier höchst überflüssig.

Gegenüber der Wirkung der Diät treten die Stopfmittel der Pharmakopie weit in den Hintergrund. In der Regel sind ja alle bekannten Mittel dieser Art versucht worden, ehe die Kinder der diätetischen Behandlung unterzogen wurden. Einen Nutzen bringen sie nur, wenn am 4. bis 5. Tage der Behandlung die Stühle noch etwas dünner als erwünscht sind. Hier scheinen sie öfters die Heilung zu beschleunigen, ohne jedoch eigentlich nötig zu sein. Vor Tannalbin und Tannigen ist bei defekter Magenverdauung entschieden zu warnen. Am ersten ist das alte Biermersche Ratanhia-Dekokt[2]) zu empfehlen, das keine Appetitsstörungen und Beschwerden verursacht. Bei schleimig-eitrigen Durchfällen ist bekanntlich Rizinusöl das beste Stopfmittel.

Die ausführliche Aussprache über diesen wichtigen Teil unserer ärztlichen Aufgabe erschien G. um so wünschenswerter zu sein, als gerade die Darmleiden des 2.—3. Lebensjahres eine enorme soziale Bedeutung haben, die sich freilich nicht, wie bei den gleichen Leiden des ersten Lebensjahres, in Mortalitätskurven ausdrücken läßt. Während nämlich die allerschwersten Störungen der ersten Lebensmonate, wenn sie nicht zum Tode führen, die Eigenschaft haben, sich in erstaunlicher Weise auszugleichen, haften gerade die Störungen des zweiten Lebensjahres den Kindern oft dauernd an. Nicht allein die körperliche Entwicklung wird gehemmt, und es bleibt vielfach eine dauernde Empfindlichkeit der Verdauungsorgane zurück, sondern auch die ganze geistige und nervöse Entwicklung verläuft unter ungünstigen Verhältnissen. Es ist keine vernünftige Erziehung möglich, wenn vom 2.—6. Jahre die Hauptaufmerksamkeit und Sorgen der Eltern sich mit der Verdauung des Kindes beschäftigt. Andererseits ist ein Kind besonders schwer zu erziehen, das durch langdauernde, immer wiederkehrende Beschwerden verdrießlich und launisch ist. Mit welcher Häufigkeit unter besonderen Umständen das Leben der Kinder durch dieses Leiden geschädigt wird, konnte G. in seinem früheren Wirkungs-

---

[1]) Eine Messerspitze Pegnin auf 150 g kühle Milch, Einstellen des Töpfchens in heißes Wasser, so daß es sich langsam erwärmt. Vor Gebrauch kräftig umschütteln.

[2]) Decoct. Ratanh. (10,0) 125,0
Extract. Campech. 1,0
Sir. Cinnamom. ad 150,0
M. D. 2 stündlich $^1/_2$ Eßlöffel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kreise als Schularzt und an der Klientel eines russischen Ortes beobachten. Die Kinder werden meist an der Brust ernährt, gehen im leidlichen Zustand in das zweite Lebensjahr über, und nun beginnt regelmäßig eine Durchfallsperiode, die einen großen Teil der vorher blühenden Kinder in elende, matte Wesen verwandelt, so daß sie beim Eintritt in die Schule noch den Eindruck von Rekonvaleszenten machen.

Bei einem so häufigen Leiden dürfte es Pflicht des Arztes sein, vor allen Dingen vorzubeugen. Unter dem Einfluß der Czernyschen Arbeiten über die exsudative Diathese hat sich wohl allgemein die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß die Milch nicht die Grundlage, sondern nur ein Bestandteil der Nahrung des 2—3jährigen Kindes bildet, der nützlich, aber auch mitunter schädlich wirken kann. Und so möchte G. als Normalkost, die freilich mancherlei Veränderungen fähig ist, die Diät empfehlen, die er als Kost für Genesene oben beschrieben hat. Freilich ist nicht täglich Fleischsuppe nötig. Wir ersetzen sie zweckmäßig durch jede Art von Gemüsesuppen. Gern gönnt man auch einem gesunden Kinde 100 g Milch mehr. Nur das Übermaß von Milch, Ei, Butter und Süßigkeiten inkl. Kompott sollte von dem Speisenzettel jedes Kindes verschwinden. Eine derartige Kost ist nicht nur geeignet, die Zahl der Darmerkrankungen erheblich zu verringern, sondern gewährleistet auch ein gesundes Gedeihen.

Grätzer.

N. Auerbach (Berlin), Was leistet Plasmon für die diätetische Behandlung kranker Säuglinge? (Medizin. Klinik 1911. Nr. 25.) Seine eignen günstigen Erfahrungen mit Sanatogen bei jungen Kindern, die er vor 11 Jahren veröffentlicht hat, sowie die guten Resultate mit Plasmon bei darmkranken Erwachsenen legten es A. nahe, das Plasmon in geeigneten Fällen in Mehlsuppen sowie in verdünnter Milch an Säuglinge zu verabreichen. Abgesehen von den sehr jungen Säuglingen und von den in der Praxis nicht allzu häufigen Fällen von Mehlnährschäden werden bei den Diarrhoen der Säuglinge nach 12 bis 24 stündiger Darreichung von mit Saccharin gesüßtem Tee die einfachen Mehlsuppen mit Erfolg gereicht. Bei Säuglingen unter 6 bis 8 Wochen wird man nach erfolglosem Experimentieren mit Nahrungsverminderung zur natürlichen Ernährung übergehen müssen. Die Stärke der Mehlsuppen erfährt nach Jacobi durch das Kochen eine Erleichterung der Saccharifizierung, worauf die meist gute Verwertung der dünnen Mehlsuppen auch bei ziemlich jungen Kindern zurückgeführt werden dürfte. Nach eingetretener Besserung der Stühle ist an Stelle der Reis- oder Graupensuppe die schneller herzustellende Haferflockensuppe sehr brauchbar. Zu den Suppen hat A. 3% Plasmon hinzugefügt. Der Nährwert der Mehlsuppen darf nicht zu sehr unterschätzt werden. 30 g Haferflocken, die für die Herstellung von $^1/_2$ l dünner Suppe genügen, liefern nach dem Kochen unter Berücksichtigung von 33% im Durchschlag zurückgebliebenen Teilen ungefähr 3 g Eiweiß, 16 g Kohlehydrate, 1,5 g Fett, 0,5 g Asche.

Addiert man hierzu 7,4 g Eiweiß, die mit 10 g Plasmon gereicht werden, so hat das Nahrungsgemenge rund 10,4 g Eiweiß, also über 2%, und einen Nährwert von 90 Kalorien, entspricht also

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Nährwert von über 200 g Eiweißmilch; auch der Aschegehalt ist, zumal bei Zusatz von etwas Kochsalz, nicht zu gering, da der Aschegehalt von 10 g Plasmon und 30 g Hafergrütze mit dem von 250 g Eiweißmilch ziemlich übereinstimmt. Bei toxischen Erscheinungen wurde mit Saccharin, sonst mit 3—5 % Nährzucker gesüßt, wobei der Kalorienwert leicht um 60—100 ansteigt. Mit diesen Mehlplasmonsuppen, zu denen nach eingetretener Besserung, bei schwerer Erkrankung nicht vor zehn Tagen, kleine Mengen Milch in vorsichtiger Weise steigernd zugefügt wurden, hat A. seit Juni vorigen Jahres eine Anzahl an Milchnährschäden erkrankter Säuglinge mit bestem Erfolge behandelt. Einige befanden sich im Stadium der Dyspepsie, andere im Stadium der Dekomposition, eins wies schwere Intoxikationserscheinungen auf. Gelegentlich hat A. einige Tage an Stelle von Plasmon Sanatogen verwendet. Bei Kindern, welche nicht in seiner dauernden Beobachtung blieben, hat er sich von ihrem guten Zustande 6—8 Monate später überzeugen können.

A. will aber nicht verschweigen, daß bei einem Falle von akuter Darmstörung bei einem achtmonatlichen Flaschenkinde die mit Plasmon anfänglich erzielte Besserung nachließ und die Zahl der Stühle wieder zunahm. Die Genesung erfolgte hier unter Anwendung von gleichen Mengen Sanatogen, 15 g pro die. Auf einen Erklärungsvermerk, warum Sanatogen zuweilen bei akuten Darmstörungen dem Plasmon überlegen ist, will A. nicht eingehen. Abgesehen von diesem einen Fall wurde mit Plasmon eine Beruhigung der Darmperistaltik, eine Besserung der Stühle und eine allmähliche Genesung erzielt. Auch in einigen Fällen von exsudativer Diathese ohne auffällige Darmstörungen, die früher die Finkelsteinsche Nahrung mit frisch ausgelabtem Quark aus Vollmilch erhalten hatten, hat A. Plasmon als Zusatz zu einem Drittel Milch in Haferflockensuppen mit Erfolg verabreichen lassen.

Die Benutzung von Plasmon wird die Anwendung der Finkelsteinschen Lehren für viele Fälle der Praxis vereinfachen und verbilligen und ihnen auf diese Weise einen größeren Wirkungskreis verschaffen. Die Kenntnis des Publikums von den nährenden und stopfenden Eigenschaften des Plasmons würde die schweren Fälle von Mehlnährschäden bei Säuglingen nicht entstehen lassen. Grätzer.

Richard Schreiber, Über Syndaktyliebehandlung. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 105. Heft 5—6. S. 563.) Die guten Erfolge, die man in der Berliner chirurgischen Universitätsklinik bei Behandlung größerer Granulationsflächen mittels Scharlachrotsalbe nach Schmieden erzielt hat, und besonders die hierbei erzielte zarte Überhäutung veranlaßte Klapp, dieses Mittel bei der Operation der Syndaktylie in Anwendung zu bringen. Die Erfahrung hatte gezeigt, daß ein Haupterfordernis eine gute Kommissurbildung ist. Man geht daher jetzt so vor, daß zunächst ein Zellersches dreieckiges Läppchen an der dorsalen Seite gebildet wird. Hierbei ist wohl zu beachten, daß dasselbe möglichst groß, mindestens bis zum ersten Interphalangeagelenk präpariert wird, damit nachher jede Spannung und jede Randnekrose ausgeschlossen ist. Darauf wird die Verbindung

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Finger mittels Scheere weit bis unten durchtrennt, das Läppchen als Kommissur nach vorn geschlagen und die Spitze derselben durch eine Naht locker an der Volarseite fixiert. Dann wird ein Lappen mit Scharlachrotsalbe so zwischen die gespreizten Finger gelegt, daß er sowohl die beiden Wundflächen als auch die Kommissur bedeckt. Man fixiert diesen Lappen mittels eines schmalen Heftpflasterstreifens.

Wird der Verband nach 14 Tagen abgenommen, so sind schon oft die ganzen Wundflächen epitheliasiert, oder es finden sich nur noch kleinste Granulationsflächen an den Grundphalangen, die wieder mit Scharlachrotsalbe von 8 zu 8 Tagen verbunden werden.

Es wurde bisher 9 mal nach dieser Methode operiert. In allen Fällen war bei Abnahme des ersten Verbandes das Kommissurläppchen ganz angeheilt. Dauerresultate liegen noch nicht vor.

Joachimsthal.

Lederer, Über eine angeborene membranöse Verengerung der Pars prostatica urethrae. (Virch. Arch. Bd. 203. H. 2.) Es handelt sich um einen membranösen Verschluß der Harnröhre, ungefähr 1 cm distal vom Colliculus seminalis, der nur eine hanfkorngroße, schlitzförmige Öffnung bestehen ließ. Klinisch interessant ist der Fall dadurch, daß die Störungen bei der Urinentleerung zuerst im 7. Lebensjahre nach einem Scharlach auftraten. Im 11. Jahre starb der Kranke unter den Erscheinungen einer Urämie. Die anatomischen Verhältnisse sind eingehend geschildert. Bauer, Jena.

Meyer, Dyplasie der Leber oder juvenile Zirrhose. (Virch. Arch. Bd. 201. S. 349.) M. beschreibt die Leber eines 15jährigen Mädchens, deren Oberflächenbeschaffenheit die einer zirrhotischen Leber war, während das Aussehen der Schnittfläche ein sehr abweichendes Bild zeigte. Ebenso ergab die mikroskopische Untersuchung einen sehr auffälligen Befund, der M. zu der Annahme einer kongenitalen Hemmungsbildung besonderer Art führt. Einzelheiten des Befundes und die daraus gezogenen Schlußfolgerungen müssen im Original nachgelesen werden. Bauer (Jena.)

K. Pannwitz, Die zurzeit herrschenden Anschauungen über Kindertuberkulose. (Bericht zur Generalversammlung des Volksheilstättenvereins vom Roten Kreuz im Jahre 1910.) (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen 1911. Folge 3. Bd. 41. Heft 2.) P., der Leiter der Kinderheilstätte Hohenlychen, kommt zu folgenden Leitsätzen.

Die Kinderheilstättenbewegung kann durch eine umfassende Statistik über die in Hohenlychen erzielten Dauererfolge verallgemeinert und auf eine breitere Basis gestellt werden. Zur Erzielung weiterer Erfolge ist eine Vertiefung der wissenschaftlichen Kenntnisse über die Entstehung, Verbreitung und Krankheitserscheinungen der Kindertuberkulose, sowie über deren Verhütung und Bekämpfung von großer Bedeutung.

Von den Tuberkelbazillenarten, die bei der Kindertuberkulose eine Rolle spielen, scheint der Typ. humanus als Krankheitserreger dem Typ. bovinus gegenüber der bedeutend wichtigere. Während in neuerer Zeit die Lehre von der Vererbung der Tuberkulose durch

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wissenschaftliche Beobachtungen und Versuche eine wesentliche Stütze gefunden hat, kommt doch für die seuchenartige Verbreitung der Krankheit nur die intravitale Infektion in Betracht. Welche Bedeutung dabei der aërogenen und der alimentären bzw. enterogenen Übertragungsart beizumessen ist, bedarf noch der weiteren Klärung. — Eine neue Ansicht über die Entstehung der Lungentuberkulose bringt Rönner, der dieselbe als eine sekundäre Infektion infolge ungenügender Immunität aus der Kindheit auffaßt. Sein Vorschlag betreffs einer Schutzimpfung hat nur theoretischen Wert.

Zu diagnostischen Zwecken verdient bei Kindern die Pirquetsche Reaktion den Vorzug.

Die gesundheitlichen Maßnahmen für das Kind teilen sich in:

a) prophylaktische für gesunde, aber gefährdete Kinder (Absonderung der Kranken, Entfernung des Kindes, fortgesetzte Überwachung und Belehrung);

b) in therapeutische für bereits erkrankte Kinder (Anstaltsbehandlung: Walderholungsstätten, Waldschulen, Ferienkolonien, Heilstätten, Pflegeheime — und Spezialbehandlung).

Die Trennung der Leicht- und Schwertuberkulösen in Heilstätten und Pflegeheimen hat sich in der Praxis nicht bewährt.

Es wird die Einrichtung von Isolierstationen für schwerkranke Kinder im Anschluß an die Heilstätten dringend empfohlen.

Nur weitgehendste Verallgemeinerung der Anstaltsbehandlung gewährleistet einen Erfolg auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung.

Für Kinder ist eine solche auf Kosten der Gemeinden ausschließlich nicht möglich.

Der Staat hat zum Schutze der Gesunden ein wesentliches Interesse an der Verallgemeinerung der Tuberkulosebekämpfung.

Um auch kleineren Gemeinden die Unterbringung ihrer Tuberkulosen in Heilstätten zu ermöglichen, käme in Betracht:

1. Ausdehnung des § 45 des Invalidenversicherungsgesetzes (über Verwendung von Überschüssen des Sondervermögens von Versicherungsanstalten).

2. Zusammenarbeiten der Landesversicherungsanstalt mit den Gemeinden.

3. Eine möglichst weit ausgedehnte Familienversicherung.

Nothmann (Wilmersdorf).

Hegner, Über die Histologie der experimentell erzeugten Einschlußkonjunktivitis. (Aus der Univers.-Augenklinik Breslau.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April 1911.) Seit Heymann 1909 den Beweis erbracht hat, daß die von v. Prowazek und Halberstaedter zuerst beschriebenen, von Greeff Trachomkörperchen genannten und für den Trachomerreger gehaltenen Epitheleinschlüsse für die Trachomerkrankung nicht spezifisch sind und in noch reichlicherem Maße auch bei anderen Bindehautleiden, besonders bei der Blennorrhöe der Neugeborenen gefunden werden, haben sich äußerst interessante Wechselbeziehungen zwischen Gonorrhöe, Ophthalmoblennorrhöe und Trachom ergeben. Man wird unwillkürlich an jene Autoren erinnert, die vor 50 Jahren das Trachom als die Augenblennorrhöe Ägyptens bezeichneten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Darüber, ob die Gebilde eine gewisse Pathogenität besitzen und direkt als eigentliche Krankheitserreger angesprochen werden dürfen, muß man sich noch vorläufig mit Vermutungen und Hypothesen begnügen. Die Annahme, daß es sich um Produkte erkrankter oder gereizter Zellen handelt, hat nach dem jetzigen Stand der Dinge ebensoviel Wahrscheinlichkeit für sich als die Hypothese von selbständig infektiösen Mikroorganismen. Sommer (Zittau).

P. Esch (Greifswald), Über Krämpfe bei Neugeborenen. (Arch. f. Gynäk. Bd. 88. Heft 1.) Die Krämpfe der Neugeborenen weichen von denen des späteren Säuglingsalters ab und sind nirgends bisher zusammenhängend beschrieben. Bei der mangelhaften Kenntnis über die ursächlichen pathologischen Veränderungen der Zentralorgane hat die Einteilung in organische und funktionelle Krämpfe wenig Wert, zumal letztere beim Neugeborenen von geringerer Bedeutung sind. Differentielldiagnostisch ist zu beachten, daß halbseitige langdauernde Krämpfe im allgemeinen für organische Grundlage sprechen, während restierende Spasmen der unteren Extremitäten auch bei funktionellen Konvulsionen vorkommen (gastrointestinale Erkrankungen). Neben der Lumbalpunktion ist die Prüfung der Fontanellenspannung ein diagnostisch wichtiges Hilfsmittel. Die Differentialdiagnose zwischen supra- und intratentorieller Blutung nach Seitz gestattet die Möglichkeit, in Fällen von supratentorieller Blutung das Blut durch Trepanation zu entfernen; Cushing hat 2 Fälle auf diese Weise geheilt. — Zu den funktionellen deuteropathischen Krämpfen infolge endogener Intoxikation rechnet E. auch die Eklampsie der Neugeborenen, die er genauer bespricht. Endlich gelangen noch an der Hand eigener Beobachtungen die Affektionen der bulbären Kerne bei Neonaten zur Darstellung (Kernikterus, Aplasie in der Kernregion, Polioencephalitis inferior), bei denen wie bei intratentoriellen Blutungen die bulbären Symptome wie Opisthotonus, Respirationsstörungen, Schluckbeschwerden in den Vordergrund treten. Wegscheider.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Ernst Mayerhofer, Über die günstige therapeutische Beeinflussung eines chronischen Falles von schwerer Chorea minor im Kindesalter durch Salvarsan. (Aus der Kinderabteilung des k. k. Kaiser Franz-Josephspitales in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Nr. 27.) Bókay berichtete über die erfolgreiche Behandlung eines unkomplizierten Falles von rezidivierender Chorea mit Salvarsan. Durch diesen therapeutischen Erfolg wurde auch M. bewogen, in einem Falle von chronischer, rezidivierender, postrheumatischer Chorea minor das Ehrlichsche Mittel zu versuchen, besonders, da er in dem betreffenden Falle die übliche Medikation ohne jeden Erfolg bereits erschöpft hatte. Es handelte sich um ein 7jähriges Kind.

Wenn man die Heilwirkung des Ehrlich-Hataschen Mittels in diesem Falle betrachten will, so muß man seine Überlegenheit über

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alle anderen üblichen Heilmittel bei einer beinahe 3 Jahre dauernden Chorea minor anerkennen. Die therapeutische Hilfslosigkeit, in der man sich in diesem Falle befand, berechtigte, das neue Heilmittel zu versuchen, besonders da Bókay bereits in einem allerdings weniger hartnäckigen Falle eine überraschende Heilwirkung berichtet hatte. Eine andauernd schädliche Nebenwirkung des in hoher Dosis (0,25 + 0,5) verabreichten Mittels ist nicht konstatiert worden; die Schwellung und Schmerzhaftigkeit, das Fieber, die Gewichtsabnahme, selbst die Hautnekrose kann angesichts des schönen Heilerfolges in einem so schweren, jeder Therapie trotzenden Falle gerne milder beurteilt werden. Grätzer.

E. Hirsch, Zur Kasuistik des Morbus Recklinghausen im Kindesalter. (Kinderklinik der Landesfindelanstalt in Prag.) (Prager med. Wochenschr. 1911. Nr. 29.) H. schildert 3 Fälle. Bei den beiden ersten handelt es sich um Geschwister, welche die „abortive Form" der Neurofibromatose (Jadassohn) aufwiesen, d. h. es fanden sich nur Pigmentflecken vor. Es ist aber zu erwarten, daß in kürzerer oder längerer Zeit die beiden Knaben neben diesen Flecken die weichen Fibromata mollusca bekommen werden, wie sie sich bei der Mutter der Kinder ebenfalls finden.

Beim 3. Falle lag wahrscheinlich ein plexiformes Neurom mit multiplen Hautpigmentationen vor, während molluscumartige Tumoren bisher nicht aufgetreten sind. Grätzer.

J. D. Rolleston, Inherited syphilis and blue sclerotics. (British Journ. of Children's Dis. Mai 1911.) Das 5 Monate alte, durch die Mutter hereditär syphilitische Kind zeigte neben einer Neigung zu spontanen Knochenbrüchen blaue Verfärbung der Skleren, welche wahrscheinlich auf mangelhafte Entwicklung des fibrösen Gewebes zurückzuführen war. Max Joseph (Berlin).

A. E. Hodgson, The administration of thyroid gland substance upon serum rash and serum sickness in diphtheria. (Larcet 1911. I. 11. Febr.) Im letzten Jahr haben E. C. L. Miller und G. W. Root die Aufmerksamkeit auf die mögliche Existenz einer ursächlichen Beziehung zwischen Status lymphaticus und den krankhaften Störungen gelenkt, die das bilden, was man die Serumkrankheit nennt. Ausgehend von dieser Idee hat nun H., Arzt am Cityhospital East in Liverpool, bei Diphtherie gleichzeitig mit dem Diphtherieserum und auch noch in den folgenden Tagen Schilddrüse gegeben, um so gewissermaßen die aus dem Status lymphaticus hervorgehenden und ihre eigenen Wirkungen aufzuwiegen.

Bei Kindern unter 5 Jahren wurde täglich 0,075 g Schilddrüsensubstanz verordnet, in 6 Gaben verteilt; Kinder von 5—10 Jahren erhielten 0,15 g pro die, ebenfalls auf 6 Gaben verteilt; ältere bekamen jeden zweiten Tag 0,3 g auf einmal.

Von 100 Kranken mit Diphtherie, die mit einem Serum behandelt wurden, das durchgehends Anlaß zu Exanthemen usw. gab, wurden 50 der Schilddrüsenmedikation unterzogen, während die anderen 50 zur Kontrolle dienten. Bei 29 der ersten Kategorie und bei 22 der zweiten blieb jede Serumerscheinung aus; ein einfaches Exanthem

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde bei 15 der ersten Gruppe und bei 12 der zweiten notiert. Aber, von diesen unbedeutenden Differenzen abgesehen, bemerkte man, daß unter den Schilddrüsenpatienten die wirkliche Serumkrankheit sich nur 6 mal zeigte, während man unter den Kontrollpatienten 16 Fälle zählte.

Ohne aus dieser relativ beschränkten Zahl von Beobachtungen einen bestimmten Schluß ziehen zu wollen, ist H. doch geneigt, anzunehmen, daß die Schilddrüsentherapie fähig ist, die organischen Bedingungen zu ändern, welche den Ausbruch der Serumkrankheit begünstigen. H. Netter (Pforzheim).

Oroison, Incontinence d'urine due à un Spina bifida et guérie par une injection de sérum cocainé dans la poche. (Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie 1908. Nr. 11.) (Vortrag auf dem französischen Urologenkongreß.) Es handelt sich um ein junges Mädchen, ohne besondere persönliche Antezedentien, das allerdings in seiner Aszendenz 2 Mitglieder mit essentieller Urininkontinenz hat und erstmals im Mai 1908 wegen einer absoluten Tag- und Nachtinkontinenz, die seit allerfrühester Jugend besteht und bis dahin niemals behandelt worden war, ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Nach einem etwas summarischen Examen wurde für den nächsten Tag eine epidurale Injektion von kokainisiertem Serum in Aussicht genommen. Bei der Vorbereitung der Patientin hierzu wurde zur nicht geringen Überraschung des Arztes eine gut orangengroße klassische Spina bifida der Sakralregion entdeckt, die bis dahin nicht die mindeste Störung im lokomotorischen Apparat verursacht hatte. Nicht ohne einen Moment der Zögerung wurde der Sack punktiert und nach Entnahme von 10 ccm Lumbalflüssigkeit ein gleichgroßes Quantum kokainisierten Serums injiziert, alles natürlich unter den strengsten aseptischen Kautelen. 4 Stunden später plötzlich starke Rachialgie und heftige Cephalalgie, Temperaturerhöhung, Erbrechen, Neigung zu Ohnmachten und komplette Paraplegie. Seit der Injektion ist nicht ein Tropfen Urin mehr abgeflossen. Erstmals 9 Uhr abends Bedürfnis zur Urinentleerung, doch kam es nicht dazu, da die Patientin beim Verlassen des Bettes ohnmächtig wurde. Die Retention weicht spontan in der Nacht, und von da ab werden die Miktionen freiwillig und völlig normal. Die Reaktion des Rückenmarks blieb noch 8 Tage bestehen, um am 15. Tag dann ganz zu verschwinden. Die Heilung war von Dauer. Von einer Erklärung des Heilungsmechanismus sieht O. ab. H. Netter (Pforzheim.)

Landsteiner und **Levaditi,** Transmission de la scarlatine aux chimpanzés. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1911. 29. April.) Die beiden Forscher haben durch Einimpfung von Blut und Tonsillenbelag scharlachkranker Kinder in Hals und Haut von Schimpansen eine fieberhafte Infektion erzeugt, die in erster Linie charakterisiert war durch eine der Scharlachangina gleichende Halsentzündung und in zweiter Linie durch eine generalisierte Eruption. Das Tier, das diese letztere gezeigt hatte, starb, und bei der Autopsie fanden sich Veränderungen der Nieren und der Haut, gleich denen der Scharlachinfektion, ferner eine Schwellung der Lymphdrüsen. In

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Genese der experimentellen Krankheit scheint der Streptococcus eine bedeutsame Rolle nicht zu spielen; Kontrolluntersuchungen haben in der Tat gezeigt, daß die Inokulation des Kettencoccus (Scharlachstreptococcus) beim Schimpansen nicht die Symptome und Läsionen der durch die Produkte Scharlachkranker erzeugte Krankheit reproduziert.

H. Netter (Pforzheim).

P. L. Marie und **Carnot**, „Purpura fulminans" mit Parameningokokkenseptikämie. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1911. 3. Febr.) Nach 48 Stunden leichten Krankseins trat bei der jungen Frau eine abundante, von Magendarmstörungen und Adynamie begleitete Purpuraeruption auf. Bei der Aufnahme konstatierte man auf Stamm und Gliedmassen Petechien und an letzteren ferner große, von Blasen bedeckte Ekchymosen. 3 Tage später Exitus im Coma, bei einer Temperatur von 42,3, ohne jedes Zeichen von Meningitis. Bei der Autopsie fand man sehr leichte meningeale Veränderungen und eine deutliche Reaktion des Knochenmarks. Die Blutuntersuchung intra vitam hatte ergeben: Fehlen von Anämie (5300000 rote Blutkörperchen), eine leichte, hauptsächlich polynukleäre Leukozytose, eine verlangsamte Gerinnbarkeit mit Irretraktilität des Gerinnsels und fehlender Myeloidreaktion.

Bei der Blutkultur gelang die Isolierung eines von Dopter mit dem Parameningococcus identifizierten Mikroorganismus, der sich vom Pseudomeningococcus durch seine Zuckergärungsreaktion unterscheidet und vom wahren Meningococcus durch die ausbleibende Agglutination durch das Antimeningococcenserum und die fehlende Agglutination und Fixationsreaktion mit dem Serum eines an Zerebrospinalmeningitis Erkrankten.

Dieser Fall bildet nach der Ansicht von M. das erste Beispiel einer durch ein neues pathogenes Agens hervorgerufenen Septikämie. — In der Diskussion erwähnt Menetrier einen tödlich verlaufenen Fall einer Parameningokokken-Zerebrospinalmeningitis bei einem Säugling. Hier war die Injektion von Meningokokkenserum von einer Verschlimmerung aller Krankheitserscheinungen erfolgt.

H. Netter (Pforzheim.)

D'Oelsnitz (Nice), Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus. (Arch. de méd. des enfants, Mars, 1911.) Die Thymushypertrophie kann unter verschiedenen Formen in Erscheinung treten. Dieselbe kann plötzlichen Tod bewirken oder während längerer Zeit durch mehr oder weniger intensive Atembeschwerden sich kund geben, die plötzlich bedrohliche Erscheinungen hervorrufen, derart, daß wenn nicht rasch eingegriffen wird, dieselben zum Exitus führen können. Des weiteren gibt es Formen, die durch längere Zeit keinerlei Symptome erzeugen und nur zeitweise respiratorische Störungen zutage treten lassen. Respiratorische Störungen mit Dyspnoe und Stridor sind die hauptsächlichsten Symptome, welche durch die Thymushypertrophie hervorgerufen werden. In einigen Fällen sind bei Inspiration suprasternale oder supraklavikulare Einziehungen beobachtet worden. Von Barbier wurde als charakteristisch für den thymischen Stridor ein Vordrängen des Brustbeines, transversale Abplattung des Brustkorbes

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit gleichzeitiger Verbreiterung des unteren Umkreises der Brust während der Einatmung beschrieben, doch ist dieses Zeichen nicht konstant. Mitunter werden Erscheinungen von falschem Krupp durch eine abnorme Vergrößerung der Thymusdrüse hervorgerufen. Störungen in der Allgemeinernährung kommen vor und müssen auf die mangelhafte Luftzufuhr zurückgeführt werden. Wichtig ist es zu wissen, daß auftretende fieberhafte Krankheiten eine bestehende latente Thymushypertrophie durch bedeutende respiratorische Störungen zum Vorscheine kommen lassen können, und daß man sich in solchen Fällen hüten muß, eine akute Larynxerkrankung, wie z. B. Krupp, anzunehmen, wofür die genaue Aufnahme der Anamnese ausschlaggebend ist. In manchen Fällen wurde eine persistierende Zyanose beobachtet.

Ein mehrfach beobachtetes Zeichen der Thymushypertrophie ist eine asymetrische Vorwölbung der rechten Sternokostalgegend, die man in manchen Fällen sehen, in anderen aber nur fühlen kann, sowie auch eine exspiratorische Vorwölbung der suprasternalen Grube. Hier kann man auch in gewissen Fällen die vergrößerte Drüse direkt fühlen.

Die Behandlung ist eine chirurgische, bestehend in der partiellen oder subtotalen Thymektomie, eventuell in Verbindung mit Resektion des manubrium sterni und sekundärer Tracheotomie.

E. Toff (Braila).

C. Ducroquet et **Victor Veau,** Les déviations du genou dans la tumeur blanche de cette articulation. Causes. Prophylaxie. (Archives de méd. des enfants 1911. Nr. 4. S. 242.) Die Tuberkulose des Kniegelenks führt zu einer winkeligen Ankylosierung desselben, die entweder einfach sein kann oder in Verbindung mit einem Genu valgum und Auswärtsdrehung des betreffenden Fußes. Was hervorgehoben werden muß, ist, daß diese Difformitäten sich nicht nur dann entwickeln, wenn der Kranke seinen Fuß nicht gebraucht, sondern und besonders, wenn er denselben benützt. Unbehandelte oder schlecht behandelte Fälle endigen immer mit bedeutenden Difformitäten, welche direkt aus der Mechanik der Gehbewegungen erklärt werden können. Um denselben entgegenarbeiten zu können, muß ein Fixationsverband angelegt werden, am besten mit Gips, welchen der Arzt selbst ausführen kann und welcher den oberen Stützpunkt am Becken (Ischium, großer Trochanter) und unten an der hinteren Seite des Calcaneums und am äußeren Knöchel haben muß. Die Dauer, während welcher der Apparat getragen werden muß, hängt von der Form der Tuberkulose ab. Solange Schmerzen bestehen, muß der Kranke das Bett hüten, und das Gehen kann erst nach 6—12 Monaten erlaubt werden, und auch dann nur mit einem gut sitzenden Verbande, welchen man überwachen muß. Nach einem weiteren Jahre kann man den Immobilisierungsapparat durch einen artikulierten ersetzen, durch welchen die Beugung begrenzt werden muß. Zu große Beugungen können die Veranlassung zu schmerzhaften Distorsionen sein und die definitive Heilung verzögern. In progressiver Weise kann der Beugungsgrad vergrößert werden. Es ist von Vorteil, den Apparat derart einzurichten, daß der Kranke

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denselben nach Belieben, sowie er sich ermüdet fühlt, immobilisieren kann.

Nach einer durchschnittlich $1^1/_2$—2jährigen Behandlung können folgende Resultate erzielt werden.

a) Der Kranke hat Beugebewegungen, die bis zu 10° reichen. In diesem Falle ist der Gang ein vorzüglicher, und auch die entferntere Prognose ist eine gute, da Verbiegungen des Gelenkes, namentlich bei einiger Vorsicht, nicht zu fürchten sind.

b) Der Kranke hat eine vollständige Ankylose. In diesem Falle ist ein guter Gang nur möglich, falls das betreffende Bein verkürzt ist. Sonst muß eine orthopädische Verkürzung ausgeführt werden. Geringere Bewegungen als bis zu 10° müssen orthopädisch, bzw. chirurgisch behandelt werden. E. Toff (Braila).

Lesage et **Collin** (Paris), Résistance à la fatigue chez l'enfant au-dessous de deux ans et demi. (Archives de méd. des enfants. Juni 1911.) Die Verff. haben bei Kindern im Alter von $1^1/_2$—$2^1/_2$ Jahren Versuche angestellt und feststellen können, daß bei denselben das Ermüdungsgefühl viel später eintritt, als bei ältern Kindern und bei Erwachsenen. Man läßt z. B. die betreffenden Kinder den Arm senkrecht oder wagerecht ausgestreckt halten und kann bemerken, daß, während größere Kinder oder Erwachsene dies während 5—12 Minuten tun können, ohne zu ermüden und den Arm sinken zu lassen, Kinder bis zu $2^1/_2$ Jahren die Stellung bis zu 30 Minuten behalten können. Es ist dies eine Leistung, welche man nur sehr ausnahmsweise bei erwachsenen Athleten beobachten kann. Die erwähnten Kinder können nicht nur während so langer Zeit eine für Erwachsene außerordentlich ermüdende Stellung einhalten, sondern können dies sehr oft hintereinander wiederholen, so daß von einer eigentlichen Ermüdung bei denselben nicht gesprochen werden kann.

Das jüngste Kind, dessen Aufmerksamkeit man so weit gewinnen konnte, um diese Experimente durchzuführen, war 17 Monate alt, doch will dies nicht besagen, daß die erwähnte Erscheinung nicht schon von Geburt an besteht. Nach 3 Jahren benehmen sich Kinder während dieser Experimente geradeso wie Erwachsene, d. h. das Ermüdungsgefühl tritt bei denselben sehr rasch ein.

Die Verff. sind der Ansicht, daß die erwähnte Erscheinung auf mangelhafte, d. h. noch nicht vollendete Entwicklung des Nervensystems zurückzuführen ist. Damit in Verbindung steht auch der Umstand, daß das Babinskische Zeichen, das bei Säuglingen positiv ist, gegen $2^1/_2$ Jahren verschwindet. Auch die Reflexe, welche sehr lebhaft im ersten Kindesalter sind, werden nach $2^1/_2$ Jahren schwächer und näheren sich denjenigen des Erwachsenen. Auch ist die Empfindlichkeit kleiner Kinder eine viel geringere, als die größerer und Erwachsener. E. Toff (Braila).

G. Baldini (Paris), Quelques cas anormaux de rougeole. (Archives de méd. des enfants, Juni 1911.) B. hat im Verlaufe einer Masernepidemie mehrere Fälle beobachtet, deren Verlauf ein von der Regel ganz abweichender war und deren nähere Beschreibung er in seinem Aufsatz gibt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einem dieser Fälle handelte es sich um einen 11jährigen Knaben, bei welchem die Temperatur während des Blütestadiums der Krankheit in der Achselhöhle bis auf 41,3° gestiegen war, wobei gar keine Komplikation vorhanden war und auch sonst das Allgemeinbefinden ein recht gutes blieb.

In einem zweiten Falle, ein $1^1/_2$jähriges Kind betreffend, war die Temperatur bis auf 41,6° gestiegen, doch trat kurze Zeit hierauf der Tod ein.

Ein anderer Fall war dadurch bemerkenswert, daß die Krankheit mit einer lobären Pneumonie begonnen hatte und der charakteristische Masernausschlag erst am 4. Krankheitstage zum Vorscheine kam. 5 Tage später entwickelte sich eine katarrhalische Laryngitis, doch verschwanden alle krankhaften Erscheinungen mit dem Abfall der Temperatur.

Interessant sind ferner 2 Fälle, bei welchen der Masernausschlag binnen wenigen Tagen einen purpurischen Charakter angenommen hatte, wobei auch andere purpurische Erscheinungen, wie Nasenbluten und Blutbrechen, zur Entwicklung gelangt waren; der eine dieser Fälle endete tödlich unter den Erscheinungen hochgradiger Erschöpfung.

E. Toff (Braila).

M. Ljaschenko, Honthin beim Magendarmkatarrh der Säuglinge. (Wratsch. Gaz. 1910. Nr. 49.) Honthin oder gerbsaures Albumin-Keratin ist ein feines, graues Pulver, ohne Geruch und Geschmack, das sich in Wasser nicht löst. Dosis für Kinder bis zu einem Jahr 0,3, für 1—2jährige Kinder 0,4—0,5, jede 3 Stunden (etwa 5—6 mal täglich) 1 Pulver. Außerordentlich bewährt hat sich dem Verf. folgende Formel:

Rp. Honthin 0,3—0,5
Salol 0,1—0,2
Plv. Dower. 0,005—0,01
Sacch. 0,1
M. f. pulv. in obl. Nr. 10. S. 5 stündlich 1 Pulver.

Kontraindikationen. Akute Magendarmkatarrhe der Säuglinge mit reichlichen wässerigen Ausleerungen und raschem Verfall der Herztätigkeit. Akuter Follikulärkatarrh des Dickdarms mit öfterem Stuhldrang und Entleerung schleimig-blutiger Massen. Akute Dysenterie.

Indikation: Subakute Magendarmkatarrhe mit Entleerung flüssiger oder halbflüssiger Massen. Subakuter Follikulärkatarrh des Dickdarms. In diesen Fällen sieht man oft günstige Resultate. Die eigentliche Domäne der Anwendung dieses Mittels, wo es ganz Vorzügliches leistet, sind die chronischen Magendarmkatarrhe mit nicht gar zu kräftiger, aber reichlicher Entleerung breiartiger, übelriechender Massen, die Gärungs- und Fäulnisprozesse im Darm erkennen lassen. Ferner die chronische Form des follikulären Dickdarmkatarrhs mit starken Fäulnis- und Gärungsprozessen im Darm.

S. Rubinstein (Riga).

J. Schabad und **Sorochowitsch**, Lipanin als Ersatzmittel für Fischlebertran bei Rachitis. (Wratsch. Gaz. 1910. Nr. 50.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einer ausführlichen, durch zahlreiche Stoffwechselversuche belegten Arbeit gelangen die Verff. zu folgenden Schlüssen:

1. Lipanin sowohl, als auch Olivenöl verbessern die Resorption von Stickstoff und Fett; allein das Lipanin besitzt vor dem Olivenöl keine Vorzüge.

2. Lipanin verbessert nicht bei der Rachitis die Assimilation von Kalk.

4. Lipanin kann ebensowenig, wie Oliven- oder Sesamöl den Fischlebertran bei der Behandlung der Rachitis ersetzen.

S. Rubinstein (Riga).

B. Entz, Aneurysma mycotico-embolicum arteriae pulmonalis. Ductus Botalli apertus. (Budapesti urvosi ujsàg. 1911. 4. Mai.) Bei einem 7 Jahre alten Mädchen wurde die Diagnose Pleuritis, Endo- et Pericarditis gestellt; die Sektion ergab folgendes überaus seltenes Resultat: Aneurysma mycotico-embolicum arteriae pulmonalis magnitudinis nucis aveclanae italicae cum perforatione eius et haemorrhagia letali ad cavum pericardii. Tampenatio cordis. Ductus Botalli apertus. Endocarditis diphtherica valvulae bicuspidalis. Pericarditis fibrinosa. Intumescentia lienis. Haemorrhagiae punctatae renum embolicae. Embolia arteriae pulmonalis et infarctus inflammatorii embolici pulmonum. Pleuritis fibrinosa incipiens. Anaemia universalis.

Ernö Deutsch (Budapest).

A Kevàcs, Die spasmophile Diathese. (Gyogyàscat. 1911. 21. Mai.) K. schildert auf Grund eigener Erfahrungen die Spasmophilie, die er diagnostisch scharf von den übrigen funktionellen und organischen Krampfformen des Säuglings abgrenzt. Er leugnet die Wichtigkeit des Geburtstraumas der Parathyreoidea und schließt sich denen an, die die Ätiologie in der Veränderung des Salzstoffwechsels sehen, die sich besonders bei künstlich Ernährten zeigen.

Ernö Deutsch (Budapest).

P. Porcelli (Livorno), Über die chemische Natur des Fettes der Frauenmilch und über den Einfluß von niedermolekularen Fetten bei der Bildung der Fette im Organismus. (Riv. di Clin. ped. 1910. Nr. 12.) P. bestimmte bei 4 normalen Frauen die Eigenschaften des menschlichen Milchfettes. Er fand dabei wesentliche Unterschiede gegenüber der Kuhmilch, besonders hinsichtlich der Reichert-Meisslschen-, der Jod- und der Verseifungszahl. Die niedrige Verseifungszahl (197,7 gegenüber 227 bei der Kuh) beweist, daß die das Fett zusammensetzenden Glyzeride größtenteils hochmolekular sind, und daß die Buttersäuremenge sehr klein ist; dies wird auch durch die niedrige Reichert-Meisslsche Zahl bewiesen (2,5 gegen 28). Andererseits zeigt die hohe Jodzahl (64,35 gegen 33), daß die Frauenmilch eine größere Menge ungesättigter Säuren enthält.

Der Unterschied in der Zusammensetzung der Fette hängt vielleicht von der verschiedenen Nahrung ab. Um den Einfluß von außen zurückgeführter Fette zu studieren, brachte P. 2 ausgewachsenen Kaninchen subkutan ein niedermolekulares Fett, Triacetin, bei. Nach

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

12 Injektionen, à 2 g, hatte das Gewicht um 280 bzw. 230 g zugenommen; nach 30 Injektionen war eine weitere Zunahme nicht zu verzeichnen. Bei der Autopsie fanden sich große Fettmengen an verschiedenen Körperstellen. Die Analyse des Fettes ergab gegenüber einem Kontrolltier wesentliche Veränderungen, Herabsetzung des Schmelzpunktes des Fettes (38—40° gegenüber 40—42°) sowie der Fettsäuren (42,5 bis 44,5° gegen 44—46°), der Verseifungszahl (189 gegen 202) und der Reichert-Meisslschen Zahl (2,01 gegen 5,6), dagegen Erhöhung der Jodzahl (81 gegen 69,6). Merkwürdigerweise führte also die Darreichung eines niedermolekularen und aus löslichen flüchtigen Säuren zusammengesetzten Fettes zur Bildung eines hochmolekularen, an flüchtigen Säuren armen Fettes. In einem weiteren Versuche gab P. einer säugenden Ziege 24 Injektionen von 10—20 ccm Triacetin. Nach Injektionen von 120 g Triacetin ergab die Analyse der Milch nur unwesentliche, nach Injektionen von 360 g wesentlichere Veränderungen, besonders eine wesentliche Verminderung des Milchzuckers. Die Analyse des Milchfettes ergab ähnliche, aber viel weniger ausgeprägte Veränderungen, wie sie am Körperfett des Kaninchens festzustellen waren. M. Kaufmann.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung am 18. Mai 1911.

A. Goldreich. **Dystrophia musculorum progressiva mit lodotischer Albuminurie.** Typischer Fall von Dystrophie bei einem 9jährigen Knaben. Seit längerer Zeit mühsamer Gang. Es findet sich Atrophie der Mm. pectorales majores und serrati antici. Atrophie der Muskeln des Oberschenkels, Patellarreflexe schlecht auslösbar. Ausgesprochene Pseudohypertrophie der Wadenmuskulatur. Deutliche Lordose der Lendenwirbelsäule. Der Tagesharn enthält einen auf Essigsäure fällbaren Eiweißkörper. Nach längerem Stehen konnte jedesmal dieser Körper zur Ausscheidung gebracht werden. Es handelt sich also tatsächlich um einen Fall von lordotischer Albuminurie. Vortr. erwähnt, daß Langstein bei seinen Fällen von Dystrophie mit Lordose keine Albuminurie nachweisen konnte.

Neurath bemerkt in der Diskussion, daß auch er in seinen Fällen von Dystrophie mit Lordose keine Albuminurie gefunden habe. Dies mag damit zusammenhängen, daß die Lordose bezüglich der Lokalisation nicht mit der von Jehle geforderten Lordose übereinstimmt.

B. Schick. **Familiäre frühinfantile spinale Muskelatrophie mit Läsion der Pyramidenbahn.** Ein 6jähriger Knabe erkrankt ungefähr im 4. Lebensjahre mit Gehstörung. Leichtes Umfallen und Schwanken beim Gehen, rascheres Ermüden. Die Gehstörung, die ganz schleichend begann, nahm allmählich an Intensität zu, allgemeine Abmagerung. Die Intelligenz bleibt ungestört. Von drei Geschwistern

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeigt ein älterer Bruder, jetzt 8 Jahre alt, seit ungefähr einem Jahr ähnliche Symptome von Gehstörung, nur ist die Intensität der Erkrankung noch gering. Von hereditären Momenten wäre zu erwähnen, daß die Eltern miteinander verwandt sind (Cousin und Cousine).

Bei der Untersuchung findet sich geringe Atrophie der Muskulatur des Beckengürtels. Pat. steht mit gespreizten Beinen und schwankt auch bei breiter Basis. Knie- und Hüftgelenk werden leicht gebeugt gehalten. Beim Gehen starkes Schwanken und starkes Hin- und Herpendeln des Oberkörpers, ähnlich wie bei Kranken mit Dystrophie. Es ist anscheinend die Muskulatur, die vom Darmbein ausgeht und am Oberschenkel inseriert, schwach und dadurch die Fixierung des Hüftgelenks eine ungenügende. Der Gang des Pat. ist aber außerdem auch spastisch. Die Füße kleben am Boden. Die Patellarreflexe sind stark gesteigert, Babinski ist beiderseits stark positiv. Keine fibrillären Zuckungen, keine Pseudohypertrophie.

Vortr. erörtert die Differentialdiagnose dieses Falles, die sich zwischen der Diagnose von Hoffmann-Werdnigscher Krankheit und amyotrophischer Lateralsklerose zu bewegen hat. Der positive Babinski spricht für eine Läsion der Pyramidenbahn. Am besten ist das Krankheitsbild mit der Annahme erklärt, daß es sich um eine frühinfantile spinale Muskelatrophie mit Läsion der Pyramidenbahn handelt.

W. Pick. **Ein Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid in fast universeller Ausbreitung bei gleichzeitiger Anwesenheit eines Lichen scrophulosorum.** Die Effloreszenzen bildeten sich vor ca. einer Woche zuerst an den Händen, breiteten sich aber dann rasch auf den ganzen Körper aus. Jetzt finden sich am ganzen Körper in dichter Anordnung über das Hautniveau erhabene, lividrote Knötchen, welche fast durchwegs in der Mitte eine kleine Kruste zeigen. Nach Abnahme derselben sieht man, daß die Papeln im Zentrum einen kleinen Nekroseherd besitzen. In den oberen Partien des Rückens, am Halse und im Gesicht finden sich typische Effloreszenzen von Lichen scrophulosorum. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die Eruption so ausgedehnt ist und in so kurzer Zeit erfolgte. Bazillennachweis gelang nicht.

Hochsinger und Spieler sind von der Tuberkulosenatur des vorliegenden Exanthems nicht überzeugt. Ersterer denkt an einen akuten Ausbruch von Lichen urticatus.

A. v. Reuß. **Indikanurie während der ersten Lebenswochen.** Während im Harn des gesunden Säuglings, besonders des Brustkindes, Indikan zu fehlen pflegt, findet man während der ersten Lebenswoche bei Brustkindern recht häufig Indikan, mitunter in beträchtlicher Menge, ohne daß pathologische Erscheinungen vorliegen würden. Bei Untersuchung von 400 Harnportionen ergab sich, daß am ersten Lebenstag niemals Indikan zu finden war, sich solches auch am 2. Tag selten nachweisen ließ, während am 3. und 4. Tag fast in der Hälfte der Fälle eine häufig sehr starke Indikanurie zu beobachten war. Als Ursache der Indikanurie kommen zwei Möglichkeiten in Betracht. Entweder ist sie durch das Vorhandensein von fäulniserregenden Bakterien, die Indol im Darm bilden, bedingt, oder ist das Indikan parenteral entstanden und als Zeichen des Gewebszerfalles aufzufassen. Auch die Harnsäure kann bei der Genese der Indikanurie eine Rolle spielen.

Hochsinger bemerkt, daß er sich schon im Jahre 1890 mit der Indikanurie im Kindesalter befaßt hat. Er fand den Harn des Neugeborenen indikanfrei. Auch sonst fand er Indikan bei gutgedeihenden Kindern verschiedener Ernährungsarten höchstens nur in Spuren. Indikanurie ist sonst namentlich bei Tuberkulose des Säuglings und auch des ersten Kindesalters nachzuweisen.

Passini macht darauf aufmerksam, daß er in seiner Publikation „Über anaërobisch wachsende Darmbakterien" erwähnt hat, daß er im Harn von 24—48 Stunden alten Säuglingen oft Indikan nachweisen konnte. Er bringt die Indikanbildung mit der Tätigkeit von fäulniserregenden Bakterien in Zusammenhang.

K. Menzel. **Ein Fremdkörper (Schnuller) in der Nase.** Es handelt sich um zwei Bestandteile eines Schnullers, und zwar den Beinteil mit dem auf ihm steckenden Kautschukring, welche nach $^1/_2$ Jahr langem Aufenthalt in der r. Nasenhälfte entfernt wurden. Die Angabe lautet, daß Pat. den Schnuller verschluckt habe. Bald danach trat Verstopfung der Nase, sowie reichlicher Ausfluß von stinkendem,

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schleimig-eitrigem Sekret aus der r. Nasenöffnung auf, welche Symptome fortwährend anhielten. Diese ließen an Fremdkörper denken. Die Entfernung gestaltete sich schwierig. In der Narkose gelang es nur, den Fremdkörper zu lockern. Die Entfernung gelang erst durch Hindurchdrücken des Fremdkörpers durch die Choane in den Rachen.

Vortr. berichtet über die in der Literatur beschriebenen Fälle verschiedenartiger Fremdkörper der Nase.

H. Neumann. **Operativ gewonnene Präparate von adenoiden Vegetationen; ein neues Adenotom; Besprechung eines Falles von Scarlatina nach Adenotomie.** Die Präparate zeichnen sich durch ihre Größe und durch die glatte Schnittfläche an der Basis aus. Diese Entfernung in einem Stück erfolgte mit einem modifizierten Beckmannschen Ringmesser. Die Modifikation besteht darin, daß an dem Ringmesserstiel eine kleine Gabel angebracht ist, die durch ein Scharnier beweglich gemacht ist. Es gelingt mit diesem Instrument, die adenoiden Vegetationen in einem Zuge zu entfernen, wobei dieselben auf die Gabel aufgespießt und gleich damit fixiert werden. (Die Beschreibung des Apparates siehe Münchn. med. Wochenschrift 1909, Nr. 50.) Die Erfolge waren ausgezeichnet. Nebenverletzungen sind nach Meinung des Vortr. ausgeschlossen, die primäre Blutung ist sehr gering. Nachblutungen werden nicht beobachtet.

Vortr. berichtet über einen Fall von Adenotomie, bei dem die Entfernung der Adenoiden scheinbar im Inkubationsstadium des Scharlachs erfolgte. Die starke Schwellung der Rachenmandeln, welche die Beschwerden der Patientin akut vermehrt hatte, war wohl das Initialsymptom der Krankheit. Bei akuter Zunahme der Beschwerden von Seite der Adenoiden empfiehlt N. daher die Möglichkeit einer Scharlachinfektion in Betracht zu ziehen und lieber mit der Ausführung der Operation zuzuwarten. Schick.

Verein für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

Offizielles Protokoll.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung am 30. Mai 1910.

Vorsitzender: Heubner; Schriftführer: Finkelstein.

Vor der Tagesordnung. 1. Schiffer und Rheindorf: **Familiäre Tetanie.**

a) Schiffer: Ich habe Präparate von Epithelkörperchen aufgestellt, die von einem $2^1/_4$ Jahre alten Kinde stammen, das im eklamptischen Anfall gestorben ist. Wir haben keinen besonderen pathologischen Befund ermittelt. Es ist das jüngste Kind von fünf Geschwistern. Die Eltern leben beide und sind gesund. Beide sind elektrisch untersucht worden und zeigen keine Zeichen der Tetanie. Das älteste Kind, jetzt ein Mädchen von 15 Jahren, ist bis zum 15. Lebensmonate gestillt worden und soll im zweiten Lebenjahre an Krämpfen gelitten haben. Jetzt bei der Untersuchung haben sich keine Zeichen von Tetanie oder elektrischer Übererregbarkeit ergeben. Das zweite Kind starb im Krampfanfall im Alter von 14 Monaten an Krämpfen. Es war ein Brustkind, das bis zum zwölften Monate gestillt worden ist. Das dritte Kind starb im zwölften Monat an Krämpfen; es hat bis zum zehnten Monat die Brust bekommen. Das vierte Kind ist bis zum 18. Lebensmonat gestillt worden. Es trat in seinem zweiten Lebensjahre in unsere Behandlung. Jetzt ist es sieben Jahre alt. Es hat während fünf Jahren dauernd die Zeichen der Tetanie gehabt. In dem letzten Jahre sind die Zeichen etwas

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geringer geworden, die Intensität hat nachgelassen. Man kann aber heute noch, wenn man dem Kinde $1^1/_2$ l Milch zu trinken gibt, deutliches Fazialisphänomen hervorrufen und elektrische Übererregbarkeit. Das Kind, von dem die Präparate stammen, kam im Alter von 8 Monaten zum erstenmal zu mir in Behandlung. Bis zu seinem 7. Lebensmonate soll es nur Brust bekommen haben und dann Brust und Beikost. Es hätte dann bei Verwandten Kartoffelbrei bekommen, der mit Kuhmilch angerührt worden sei. Seit dieser Zeit haben sich Krämpfe eingestellt. Bei der Untersuchung zeigten sich sämtliche klinischen Zeichen der Tetanie. Das Kind blieb bis zu seinem Tode dauernd in meiner Beobachtung und starb eines Tages in der Straßenbahn auf der Fahrt in die Poliklinik ganz plötzlich. Wir stellten zehn Minuten später Wiederbelebungsversuche an, die aber ohne jeden Erfolg waren. Bei der fünf Stunden später vorgenommenen Sektion ergab sich kein besonderer pathologischer Befund. Das einzige, was dem pathologischen Anatomen auffiel, war eine starke Erweiterung des dilatierten rechten Ventrikels. — Ich resümiere: fünf Kinder, alles Brustkinder. Drei starben im Anfall. Das älteste hat wahrscheinlich an Tetanie gelitten, das zweite, das jetzt lebt, hat während fünf Jahren dauernd an Tetanie gelitten. Die Epithelkörperchen von dem jüngsten Kinde zeigen keine pathologischen Besonderheiten.

b) Rheindorf: Es gelang mir in diesem Falle, sämtliche vier Epithelkörperchen fünf Stunden nach dem Tode zu präparieren. Ich legte Schnittserien an diesen Präparaten an. Ein Epithelkörperchen ist lückenlos geschnitten, von den anderen fehlen vier bis fünf Schnitte unter 400. Es gelang mir trotz sorgfältigster Untersuchung nicht, irgendwelche Veränderungen, insbesondere keine Blutungen oder Residuen von solchen in den Epithelkörperchen nachzuweisen, wie sie neuerdings von Yanase in mehreren Fällen von Tetanie beschrieben worden sind, und wie sie für die Ätiologie der Tetanie verantwortlich gemacht werden. Ich möchte deshalb an der Hand dieses klinisch und pathologisch-anatomisch sorgfältig untersuchten Falles es als höchst zweifelhaft bezeichnen, für die Ätiologie der Tetanie Blutungen resp. Residuen verantwortlich zu machen. Ich will noch auf das Auffinden sog. oxyphiler Zellen hinweisen, wie sie in einem so jugendlichen Alter sonst nicht vorkommen. Ich fand nämlich eine Gruppe dieser oxyphiler Zellen. Ob nun dieser Befund irgendwelche Bedeutung hat, möchte ich dahingestellt sein lassen. Ich möchte mir vorbehalten, hierauf in einer späteren Publikation einzugehen und noch über einige derartige Fälle zu berichten, und bitte Sie, sich vorläufig an den aufgestellten Präparaten davon zu überzeugen, daß von Blutungen keine Rede sein kann; alles, was an Blut dort sich findet, liegt in den Gefäßen.

Diskussion. Ewald: Ich möchte auf das hervorragende Interesse hinweisen, das diese Präparate ganz im allgemeinen, nicht nur für den betreffenden Fall, haben. Die Epithelkörperchen, d. h. die eigentümlichen zelligen Gebilde, die in der Nähe der Thyreoidea gelagert sind, haben in der letzten Zeit eine ganz besondere Bedeutung erlangt. Während man früher vor den Untersuchungen von Gley, der zuerst darauf aufmerksam machte, diesen Epithelkörperchen gar keine Bedeutung zuwies, ist man in der neueren Zeit durch eine Reihe von Untersuchungen, die doch mit großer Sicherheit die Tatsachen zu erhärten scheinen, dahin gelangt, daß man für die myxödematöse und die thyreoideale Kachexie die Thyreoidea selbst verantwortlich macht, während für die tetanischen Erscheinungen die Epithelkörper verantwortlich gemacht werden. Es sind bei Tieren eine ganze Reihe von Untersuchungen angestellt worden, bei denen sich gezeigt hat, daß nach Exstirpation der Epithelkörper Tetanie auftritt, während nach Exstirpation der Thyreoidea bei Erhaltensein der Epithelkörper nur myxödematöse Veränderungen oder die Kachexia thyreopriva beobachtet werden. In dem hier besprochenen Falle haben die Epithelkörperchen ja wohl mit der Tetanie nichts Besonderes zu tun gehabt. Es ist die Frage, inwiefern die oxyphilen Zellen doch von einer besonderen pathologischen Bedeutung sind. Wo waren die Epithelkörperchen in diesem Falle gelegen? Sie kommen nämlich in der Regel vor in unmittelbarer Nachbarschaft der Thyreoidea, meist so, daß sie an deren oberen oder unteren Pole gelegen sind; man hat sie aber auch zerstreut gefunden, so daß sie selbst am Ösophagus, tief unter der Thyreoidea aufgefunden worden sind. Es besteht also immerhin eine gewisse Schwierigkeit, die Epithelkörperchen zu identifizieren und an Präparaten nachzuweisen. Ich möchte, wie gesagt, dar-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über noch Auskunft haben. So weit ich weiß, sind bei so kleinen Kindern überhaupt die Epithelkörper bisher noch keiner gründlichen Untersuchung unterzogen worden. Aber es mögen in der letzten Zeit Untersuchungen in dieser Richtung gemacht worden sein. Jedenfalls sind diese Präparate außerordentlich klar und deutlich und vortrefflich hergestellt.

Eckert: Als Ergänzung zu den hier vorgetragenen Fällen möchte ich mitteilen, daß wir vor kurzem auf der Klinik des Geheimrat Heubner ein Kind von vier Jahren mit chronischer, über mehr als ein Jahr sich erstreckender Tetanie behandelt haben. Rheindorf nahm auch hier die histologische Untersuchung der Epithelkörperchen vor und fertigte Serienschnitte an; es fand sich nichts Besonderes. Klinisch war bemerkenswert, daß die Erscheinungen der Tetanie, die einen hohen Grad erreichten, wichen, wenn durch Magenspülungen die Stauung der Nahrungsreste, die oft nach 5—6 Stunden noch nachgewiesen werden konnten, beseitigt wurde. Auffällig ist ferner, daß sich bei der Sektion eine enorme Biegsamkeit der Knochen vorfand, und Rheindorf hat auch histologisch festgestellt, daß es sich um Veränderungen handelte, wie wir sie bei der Rachitis am Knochensystem sehen.

Noeggerath: Bei Frauen, die in eklamptischen Krämpfen gestorben sind, hat Schmorl Blutungen gefunden. Dies hat den Einwand gestützt, daß auch die Hämorrhagien in den Epithelkörperchen spasmophiler Kinder durch den krampfhaften Todeskampf entstanden seien, daß sie also ein sekundäres Symptom und nicht ein pathogenetisches Moment darstellen. Daß nun im vorgetragenen Falle dem Tode keine Krämpfe vorausgegangen und auch keine Epithelkörperchenblutungen eingetreten sind, stützt offenbar diese Ansicht und gibt dieser Demonstration ein allgemeineres Interesse.

Ewald: Man muß doch jedenfalls unterscheiden zwischen zwei Gruppen von Tetanie, der einen, wo die Tetanie ausgeht vom Magen; das sind ja uns ganz bekannte Fälle, da ist eine Autointoxikation im Spiele, und in diesen Fällen wird durch eine Magenausspülung der tetanische Zustand schnell beseitigt. Die zweite Gruppe, bei der die Tetanie rein nervösen Ursprungs bezw. abhängig ist von dem Einfluß, den die Epithelkörperchen ausüben; diese stehen auf einem ganz anderen Brett. Beide Gruppen von Tetanie müßte man scharf auseinanderhalten.

Heubner: Ich glaube nicht, daß das ein Fall war, der vom Magen durch Autointoxikation zu erklären wäre. Es handelte sich um eine mehrjährige Dauer der Erkrankung. Die Magentetanien bei Magenerweiterung usw. sind wohl alle mehr akuter Natur, aber das war ein Fall, der sich über Jahre hinzog. Es ist ja richtig, daß der Zustand durch die Ausspülung des Magens vorübergehend gebessert wurde, aber ich glaube nicht, daß er vom Magen abhängig gewesen ist. Auch Rachitis war vorhanden.

Rheindorf (Schlußwort): Um kurz die anatomische Frage zu beantworten, möchte ich bemerken, daß, wenn ich aufzeichne: die eine Thyreoidea, hier den Ösophagus, hier die andere Thyreoidea, hier die A. thyreoidea inferior, so liegen die Epithelkörperchen so, daß das obere an der Einmündungsstelle der Thyreoidea inferior in die Thyreoidea liegt, das untere am unteren Pol der Thyreoida. Die Lage kann aber sehr wechseln. In diesem Falle lag das rechte obere am oberen Pole der Thyreoidea im Fettgewebe versteckt. Was den Fall von Rachitis und Tetanie anbetrifft, den Eckert erwähnte, so möchte ich bemerken, daß die Rachitis oder Knochenweichheit derartig hochgradig war, daß am halbierten Oberschenkel der Oberschenkel sich wie ein Gummischlauch umbiegen ließ, so daß er mit den distalen Enden unten zusammenkam.

Schiffer (Schlußwort): Ich möchte Ewald gegenüber bemerken, daß Yanase die Epithelkörper bei 50 Kindern untersucht und seine Befunde im Jahrbuch für Kinderheilkunde 1908 veröffentlicht hat. Bei unserem Falle waren keine Magenstörungen oder Dilatation vorhanden, und bei der Sektion wurden keine Blutungen im Pleuraraum gefunden. Der Tod erfolgte ohne Kampf.

2. Friedmann: Spätsyphilis. Der Fall ist anamnestisch und diagnostisch interessant und zeigt als Sitz der Erkrankung die beiden Tibien, die säbelscheidenförmig verbogen und durch Hyperplasie des Periostes und Knochens spindelförmig verdickt sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Peritz: **Tuberöse Sklerose.** Bei dem Kinde kann ich nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen. Das Interessante liegt wesentlich in der Differentialdiagnose. Es handelt sich um ein Kind aus dem Waisenhaus von Rummelsburg, bei dem die Anamnese fehlt. Bei der Aufnahme galt es noch als verhältnismäßig gesund. Es bekam plötzlich einen epileptischen Anfall mit einer Aura von Kopfschmerzen und Harndrang. Als es auf dem Nachtgeschirr saß, fiel es auf die linke Seite, epileptische Krämpfe traten in allen Gliedern auf. Nach dem Erwachen hatte das Kind eine linksseitige Hemiplegie mit allen dazugehörigen Zeichen: gesteigerte Sehnenreflexe, Fußklonus, Babinskischen Reflex. Es fand sich dann auch eine Steigerung der Sehnenreflexe auf der rechten Seite, kein Babinskischer Reflex und nur angedeuteter Fußklonus. Diese Anfälle haben sich mehrfach im Zeitraum von vier Wochen wiederholt. In der Zwischenzeit hat sich der Charakter des Kindes, das früher zutraulich, freundlich und liebenswürdig war, geändert. Es spuckte die andern Kinder an, spuckte ins Essen, war frech und ohne Distancegefühl den Ärzten gegenüber, manchmal aber apathisch und wenig zugänglich. Außer diesen Veränderungen trat zeitweise auch, und nicht nur im Anschluß an Anfälle, eine Pupillenträgheit auf und eine Vergrößerung der linken Pupille gegen die rechte. Vor kurzem trat bei dem Kinde ein Anfall auf, der ohne Krämpfe und ohne Bewußtseinsverlust war, aus dem eine rechtseitige Lähmung resultierte. Unmittelbar nach dem Anfall hat es die Sprache für eine Stunde verloren, und seitdem hat es eine Schwäche des rechten Fazialis und des rechten Hypoglossus; die Kniephänomene sind beiderseits sehr lebhaft. Der Zehenreflex ist jetzt wieder plantar. Heute sind beide Pupillen gleich weit und reagieren gut. Die Pirquetsche Reaktion ist negativ. Sowohl das Fehlen dieser Reaktion wie die ganze Art der Entwicklung der geistigen Schwäche bei dem Kinde spricht wohl gegen eine Tuberkulose. Früher hätte man auf dieses Bild hin die Diagnose einer infantilen Paralyse gestellt. Nun ist aber die Wassermannsche Reaktion bei dem Kinde sowohl im Serum wie im Liquor cerebrospinalis negativ. Nach unseren heutigen Erfahrungen muß man sagen, daß ein derartiges Negativsein in beiden Flüssigkeiten wohl gegen eine Paralyse spricht. Man könnte an eine Lues cerebrospinalis denken, zumal die Möglichkeit, daß die Wassermannsche Reaktion bei Lues cerebrospinalis in beiden Flüssigkeiten negativ ist, nicht von der Hand zu weisen ist, besonders, wenn nur Gummigeschwülste im Gehirn vorhanden sind. Ferner hat Geheimrat Heubner ja vor allem nachgewiesen, wie häufig gerade bei der Lues cerebrospinalis die epileptischen Anfälle sind. Auch der Wechsel der Symptome, das Vorhandensein und Schwinden des Babinskischen Reflexes, die Trägheit der Pupillen könnte für die Diagnose einer Lues cerebrospinalis sprechen, dagegen aber, daß im Liquor cerebrospinalis weder eine Lymphozytose vorhanden ist noch eine Globulinreaktion, wie sie Nonne als Phase I beschrieben hat. Ich möchte auf Grund dieser Reaktionen die Diagnose Lues cerebrospinalis oder Dementia paralytica zurückweisen. Es könnte sich hier um einen Fall von kindlicher multipler Sklerose handeln. Es ist aber bis jetzt kein typischer Fall von multipler Sklerose im Kindesalter anatomisch nachgewiesen. Im übrigen scheint mir die Art, wie sich die Anfälle hier ausgebildet haben, und die schnelle Entwicklung der geistigen Störung, nicht für eine multiple Sklerose zu sprechen. Dagegen ist das Wahrscheinlichste eine tuberöse Sklerose oder ein lobär-sklerotischer Prozeß. Diese Diagnose ist eigentlich nur anatomisch zu stellen. Manchmal gelingt es, in den Idiotenanstalten die Diagnose durch die Begleitsymptome zu sichern. Bei derartigen Kindern entwickelt sich häufig ein Adenoma sebaceum in flügelförmiger Weise um die Nase. Dann kann man, wie das wesentlich Vogt gelungen ist, Geschwulstzellen im Urin nachweisen, die auf das Vorhandensein eines Nephroms hindeuten. All das ist bei dem Kinde nicht vorhanden. Jedoch spricht die Entwicklung des ganzen Krankheitsbildes sehr für eine derartige Erkrankung: die allmähliche Verblödung, die epileptischen Anfälle mit nachträglicher Lähmung, die sich wohl allmählich verstärken und so vielleicht später das Bild einer kompletten Diplegie aufweisen wird.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 16. Juni 1911.

Prof. B. Mayrhofer-Innsbruck (als Gast): **Über Pathologie und Prophylaxe des Zahnwechsels.** (Projektionsvorschlag.) Vortr. greift speziell zwei Momente aus der Pathologie des Zahnwechsels heraus, nämlich die vorzeitige Extraktion der Michzähne und den paraxialen Durchbruch der bleibenden Zähne. Vorausgeschickt werden einige Bemerkungen über die normale Gebißform und die wichtigsten Abweichungen von der Norm. Es werden die Anomalien der einzelnen Kieferbögen (Stellungsfehler) wie das fehlerhafte Verhältnis der beiden Kiefer zueinander geschildert (Bißfehler). Die Bißfehler sind häufig die Folge einer vorzeitigen Extraktion des zweiten Milchmolaren. Damit diese nicht notwendig werde, ist das Milchgebiß sorgfältig zu pflegen; seine kariösen Defekte sind frühzeitig zu behandeln. Die Wirkung einer derartigen Prophylaxe verhütet nicht nur die genannten Stellungsanomalien, sondern läßt auch ihre sekundären Folgen vermeiden. Die vorzeitige Extraktion der oberen Milchschneidezähne ist belanglos, die der unteren dagegen kann gleichfalls zu schweren Störungen führen („Einfangen" der oberen bleibenden Schneidezähne durch die Ersatzzähne der unteren). Bei der Entstehung des paraxialen Durchbruchs der bleibenden Zähne spielen erbliche Einflüsse hervorragend mit. Für den primären paraxialen Durchbruch charakteristisch ist, daß Raummangel nicht vorhanden und der betreffende Milchzahn in der Regel noch persistent ist. Ein solcher kommt außer beim Eckzahn auch sehr häufig bei den Prämolaren und bei den unteren Schneidezähnen vor. Die Prophylaxe dieses primären paraxialen Durchbruchs kann nur darin bestehen, daß der gleichnamige Milchzahn im Beginn der Entstehung der Anomalie sofort extrahiert wird. Beim sekundären paraxialen Durchbruch ist meist Raummangel als Ursache anzuschuldigen; der betreffende Milchzahn ist gewöhnlich nicht mehr persistent. Vor der therapeutischen Entfernung jedes Milchzahnes (zur Verhütung resp. Beseitigung der letzteren Anomalie) muß erst festgestellt werden, ob das Kieferwachstum entsprechend vorgeschritten ist, da man bei noch nicht ausgewachsenem Kiefer sonst mehr schaden als nützen kann. Bei all den angeführten Störungen handelt es sich um Zustände, die sich im frühen Kindesalter entwickeln oder doch vorbereiten. Es sind demnach gerade die Haus- und Kinderärzte berufen, der Prophylaxe des Zahnwechsels ihr Augenmerk zu schenken. Insbesondere wären entsprechende Untersuchungen in den Wirkungskreis der Schulärzte aufzunehmen.

IV. Neue Bücher.

Edward Bradford Titchener, Professor of Psychology in the Graduate School of Cornell University. **Lehrbuch der Psychologie.** I. Teil. Übersetzt von O. Klemm. Leipzig, Ambros. Barth, 1910. Preis: 6 Mk.

Der Leipziger Privatdozent für Philosophie O. Klemm hat sich die Aufgabe gestellt, die Psychologie des berühmten amerikanischen Psychologen Titchener ins Deutsche zu übertragen. Es ist ihm diese Aufgabe gut gelungen. Das kleine Lehrbuch ist eine gute Einführung für den psychologischen Anfänger. Will derselbe tiefer eindringen, so finden sich am Schlusse der einzelnen Kapitel reichliche Nachweise zum Weiterstudium, die nicht nur die deutsche, sondern auch die ausländische Literatur berücksichtigen. Das Buch ist aber auch für den in psychologischen Dingen schon Erfahreneren lesenswert, weil Titchener in mancher Be-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ziehung von den deutschen Autoren abweicht. So ist z. B. das letzte für den Pädiater interessante Kapitel über die „Aufmerksamkeit" besonders klar und originell geschrieben. A. Feuchtwanger.

Berwald. **Kompendium der Kinderheilkunde.** Leipzig, G. Thieme. Preis: geb. 6 Mk.

Das kleine Werk bringt in kurzen Zügen die gesamte Pädiatrie. 30 Jahre lang Arzt eines Kinderspitals, hatte Verf. Gelegenheit, reiche Erfahrungen zu sammeln, und wenn er jetzt diese seinen Kollegen übermittelt, so werden diese ihm gewiß dankbar dafür sein, namentlich die jüngeren; aber auch der ältere Praktiker wird das Buch mit Vorteil benützen und mannigfache Anregungen empfangen. Grätzer.

H. Ellis. **Geschlecht und Gesellschaft.** Übersetzt von H. Kurella. II. Teil. Würzburg, Kurt Kabitzsch. Preis: 5 Mk.

Längere Zeit ist vergangen, bis dieser 2. Teil dem ersten gefolgt ist, zu lange Zeit für diejenigen, welche dieser Fortsetzung mit dem größten Interesse entgegensahen. Auch dieser Teil bietet wieder eine Fülle von höchst interessanten Details in allen Kapiteln. Letztere sind betitelt: „Die Prostitution", „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten", „Ehe und Ehescheidung", „Die Liebeskunst", „Wissenschaft der Fortpflanzung". Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Arnautovic, D., Die kongenitale Syphilis, ihre Erkennung und ihre Behandlung mit Salvarsan (München). — **Biermanns, A.**, Zur operativen Behandlung der Hirschsprungschen Krankheit (Kiel). — **Blümel, J.**, Abnormes Längenwachstum in den langen Röhrenknochen bei hereditärer Lues (München). — **Goebels, E.**, Über eine Mißbildung im Gebiete des fötalen Urogenitalsystems und des unteren Darmabschnittes (Bonn). — **Goeckel, H.**, Die Wandlungen in der Bewertung des ungeborenen Kindes (Heidelberg). — **Hanashima, S.**, Beitrag zur Moroschen Tuberkulinreaktion im Kindesalter, speziell vom 3. bis 10. Lebensjahr (München). — **Heidemann, M.**, Über Gewichtsschwankungen Neugeborener mit besonderer Berücksichtigung der Resultate bei vierstündlichem Anlegen (Heidelberg). — **Heidsieck, G.**, Nachweis des Soorpilzes bei diphtherieverdächtigen Rachenabstrichen (Kiel). — **Keck, A.**, Zur Kenntnis der Zwerchfellhernien bei Neugeborenen (Würzburg). — **Kraeck, W.**, Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind (Königsberg). — **Lüders, F.**, Zur Lehre von den epileptischen Verwirrungszuständen (Kiel). — **Margolis, A.**, Zur Frage vom Einfluß der vermehrten Wasserzufuhr auf den Stoffwechsel des Säuglings (Straßburg). — **Müller, O.**, Über die im Verlaufe von 16 Jahren an der Universitäts-Kinderklinik der Kgl. Charité beobachteten Serumkrankheiten (Berlin). — **Petermöller, F.**, Neue Beiträge zur Behandlung des Nabelschnurrestes der Neugeborenen (München). — **Segl, M.**, Die Infektionskrankheiten des Kindesalters, bearbeitet nach dem Beobachtungsmateriale der K. Universitätspoliklinik für Kinderkrankheiten in München (München). — **Suszynski, E.**, Die Zerreißung der Sutura sagittalis bei Spontangeburt (München). — **Takeno, Y.**, Beitrag zur Diagnose der Tuberkulose im frühen Kindesalter (München). — **Teske, W.**, Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Hydrocephalus internus (Kiel). — **Weckenbecker, H.**, Fall von kongenitalem Brustmuskeldefekt, verbunden mit Hypoplasie der Skapula und des Armes (Bonn). — **Zimmer, J.**, Über Kalkresorption im Tierkörper bei Verwendung von pasteurisierter und sterilisierter Milch (Straßburg).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. Monats-Chronik.

Berlin. Die in den meisten Berliner höheren Lehranstalten bereits eingeführte sogenannte Kurzstunde von 45 Minuten soll nach einem Beschluß des Preußischen Kultusministeriums auf sämtliche höhere Schulen Preußens ausgedehnt werden. In dem Erlaß macht der Minister jedoch den beteiligten Direktoren zur Pflicht, sorgsam darüber zu wachen, daß die Hausarbeiten durch die Kürzung der Unterrichtszeit keine Zunahme erfahren, damit besonders die freien Nachmittage der körperlichen Erholung in frischer Luft und der geistigen Selbstbetätigung gewidmet werden, eventuell durch Einwirkung auf das Elternhaus. Zugleich sollen die Schüler zur Teilnahme an den wahlfreien Fächern durch die Schule in keiner Weise gezwungen werden.

Der „Krüppel-Heil- und Fürsorge-Verein für Berlin-Brandenburg E. V." hat, um die große Zahl der nicht heimbedürftigen Krüppel zu versorgen, Skalitzerstraße 9 I eine Krüppelfürsorge- und Beratungsstelle, unter Leitung von Dr. Biesalski, errichtet, in der Eltern, Vormündern, Gemeinden, Vereinen betreffs Behandlung oder Unterbringung krüppelhafter Kinder in der Auswahl eines geeigneten Berufes Rat erteilt und die für ambulante Behandlung geeigneten orthopädischen Krankheiten und Krüppelgebrechen untersucht und behandelt werden (unentgeltlich, nur werden etwaige Barauslagen berechnet). Sprechzeit wochentags nachmittags 4—5.

Das Kuratorium der städtischen Heimstätten genehmigte die Belegungsänderung für die Heimstätten zu Blankenburg und Heinersdorf. Da diese beiden früher für Kinder bestimmten Heimstätten nicht voll in Anspruch genommen wurden, konnte eine dieser Heimstätten als ausreichend angesehen und Blankenburg für Frauen mit geschlossener Tuberkulose benutzt werden. Dadurch ist erreicht, daß die große Zahl der Vormeldungen und die Wartezeiten von 8 Wochen bei den Heimstätten für brustkranke Frauen zu Malchow und Blankenfelde auf 24 Tage zurückgegangen sind und für Kinder in der Heimstätte zu Heinersdorf noch 14 Betten freistehen. Um zahlreichere Anträge, besonders von der Armendirektion, zu erhalten, wird erwogen werden, ob nicht für Kinder eine Ermäßigung des Verpflegungssatzes von zurzeit 2,50 Mk. für den Tag durchführbar ist.

München. Das 25jährige Dozentenjubiläum feierte Prof. Dr. Seitz (Pädiatrische Poliklinik).

Worms. Am 3. Juli ist das Kinder-Erholungsheim des Vereins für Erholungspflege von Schulkindern auf dem Hohendarsberg bei Neckarsteinach eingeweiht worden.

Heidelberg. Priv.-Doz. Dr. Tobler hat den Titel a. o. Prof. erhalten.

Bologna. Prof. C. Comba ist zum o. Prof. der Kinderheilkunde in Florenz ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.

Jetzt in **weicher** Consistenz

! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !

Proben und Literatur von

PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

EISENSAJODIN

Vorzüglich bekömmliches, wohlschmeckendes
Jod-Eisenpräparat in Tablettenform.

Jodgehalt ca. 25 %
Eisengehalt „ 5,6 %

Zu längerer Darreichung weit besser geeignet als die schlechtschmeckenden, meist zersetzlichen Jodeisenmittel. Vereinigt die Wirkung eines erprobten löpoidlöslichen Jodpräparates (Sajodin) mit dem tonisierenden Effekt des Eisens.

INDIKAT.: **Skrofulose, Chlorose, anämische Arteriosklerose, kongenitale Lues, Rachitis usw.**

DOSIS: 3 mal täglich 1 Eisensajodin-Schokoladetablette à 0,5 g.

Rp.: Eisensajodin-Tabletten à 0,5 No. XX. **„Originalpackung“**
Preis eines Röhrchens = M. 2,25.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld-Leverkusen a. Rh.

Farbwerke Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Die **Schweizer Apotheke Max Riedel, Berlin W. 8** bringt außerdem in den Handel
1) **Eisensajodin-Leberthran.**
2) **Eisensajodin-Emulsion.**

Beide Spezialitäten haben nur den Eigengeschmack der angenehm aromatisierten Öle, da Eisensajodin selbst geschmackfrei ist. Sie werden daher gern genommen und führen dem Organismus reichliche Mengen gut resorbierbaren Fettes zu.

Dürkheimer Maxquelle

Stärkste Arsenquelle Deutschlands
(Arsengeh. 17,4 mgr. As_2O_3 i. l.)

Bestbekömmlichstes aller Arsenwässer von frappanter Heilwirkung.

In der Kinderpraxis außerordentlich gut bewährt.
Das Wasser wird gerne genommen und gut vertragen.

Probequantum, Literatur, Prospekte und Trinkschemata den Herren Ärzten unentgeltlich und franko.

Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Wiesbaden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie.

Von

Dr. Ernst Runge

Assistent an der Universitäts-Frauenklinik der Königl. Charité zu Berlin.

8°. 164 Seiten. 1908. M. 4.25.

Münchener medizinische Wochenschrift. . . .Jeder, der das Werk liest, wird erstaunt sein über die Masse des Materials, welches der Verfasser sammeln konnte: überall, wo ihm eigene Beobachtungen — Verfasser ist Assistent der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité in Berlin — zu Gebote standen, sind diese eingefügt. Die Darstellung ist — bis auf die neueste Zeit vollständig — knapp und klar, das Werk füllt eine fühlbare Lücke der gynäkologischen Literatur aus und wird jedem Gynäkologen ein wichtiges Nachschlagebuch werden. Die Ausstattung ist gut.

„Tussiculin“ Patentamtl. gesch. No. 63 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich.“

Hergestellt aus je 3,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum

für Studierende und Ärzte.

Von Dr. H. Schmidt, Dr. L. Friedheim, Dr. A. Lamhofer u. Dr. J. Donat.

Zehnte Auflage. VI, 436 Seiten mit Abbildungen. 1911.
Geb. M. 6.—. Gebunden und mit Schreibpapier durchschossen M. 7.—.

Aristochin

vollkommen geschmackfreies Chininderivat,

frei von den Nebenerscheinungen der Chininsalze. Von größtem Wert für die **Kinderpraxis**, insbesondere bei

Keuchhusten.

Dosis: 0,05 bis 0,1 g bei Säuglingen,
0,3 g bei größeren Kindern 3mal täglich

Literatur und Muster stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Ausstellung unserer Fabrikate im Kaiserin Friedrich-Hause, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2-4.

Die Spezifität der

Odda-K. — Kindernahrung nach **Prof. v. Mering** — liegt, abgesehen vom Gehalt derselben an den Eiweißkörpern und dem Lecithin des Eidotters, vor allem in der **Art des Fettersatzes.**

Das, ähnlich wie in der Frauenmilch, nur spurenweise Vorhandensein der empfindliche und geschwächte Verdauungsorgane nachgewiesenermaßen stark irritierenden Butter-, Capron- etc. Säure und flüchtiger Fettsäuren, unterscheidet die Odda-K. vorteilhaft vor allen Konkurrenzpräparaten bei sonst physiologisch gleichwertiger Beschaffenheit. — Bei den verschiedenartigsten Verdauungsstörungen hat sich unsere Odda-K. ebenso bewährt wie bei Atrophie und Rachitis.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 1,40 Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 0,80 Mk.

Odda-M. R. — für Magenleidende und Rekonvaleszenten — findet

1. **allgemeine Anwendung** überall dort, wo man in leichtest verdaulicher und leichtest assimilierbarer, reizloser Form konzentriert nähren will;
2. **spezielle Anwendung** bei Magen- und Darmleiden, Ulcus ventr., Superazidität, Nephritis und salzarmer Diät.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 2,— Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 1,10 Mk.
Kassenpackung = 180 gr. Inh. = 0,75 Mk.

Eisenodda (ca. 1,5% Eisen an N-Stoffe geb.) **vereinigt den Gebrauch eines Eisen- und Nährpräparates** in bekömmlichster, einfachster und billigster Art und Weise.

1/1 Dose = 200 gr. Inh. = 1,90 Mk. 1/2 Dose = 100 gr. Inh. = 0,95 Mk.

Proben und Literatur für die Herren Ärzte kostenfrei.

Chemische Nährmittelwerke Berlin, G. m. b. H., Strehlen, Schl.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin

Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.

Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke,
E. Taeschner,
Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Nestle's Kindermehl

G. m. b. H.

Berlin W. 57

erlaubt sich, den Herren Ärzten

Gratisproben

des veränderten

Nestlemehles

anzubieten.

Dr. Walther Koch's ‚PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung
:: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende Wirkung.** Jahresversand 1910: 29100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik
in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H. O. Opels Kinder-Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel

Bessert die Ernährung, speziell indiziert bei **Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen** und **Skrofulose.**

à Pfund M. 1.30.

Kinderbiskuit „Heima"

Blut- und knochenbildend.

Für die ersten Kauversuche. Indiziert bei allen Arten von Unterernährung, Blutarmut und englischer Krankheit.

à Pack M. 0,30.

Literatur und Proben gern zu Diensten.

Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstraße 54.

SANATOGEN

(glycerin-phosphorsaures Casein)

Wirksames Kräftigungsmittel

bewährt bei **Rhachitis, Skrofulose** und **ähnlichen Stoffwechselstörungen**

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung durch die

Sanatogen-Werke Bauer & Cie.,

Berlin SW. 48

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei Bestellungen bitten wir sich stets auf die Anzeige im Zentralblatt für Kinderheilkunde zu berufen.

München, Dr. Pfeuffer's Hämoglobin.

München, den 10. Juli 1884.

Die k. Untersuchunganstalt bezeugt, daß die von Herrn Dr. Pfeuffer bereiteten und anher zur chemischen Untersuchung überschickten Hämoglobin-Pastillen im Durchschnitt 1,3 Gramm Hämoglobin (natürliches Eiseneiweiß) enthielten, und daß dieselben frei sind von für die Ernährung ungeeigneten Bestandteilen, wie solche im gewöhnlichen Blute als Exkretionsstoffe (Auswurfstoffe) vorhanden sind. Obige Untersuchung bestätigt:

Dr. Rudolf Emmerich, Prof. an der Universität München.
Dr. Max von Pettenkofer, Geheimrat, kgl. Prof. an der Univ. München.

Preis: **Hämoglobin-Extrakt-Syrup** ein Topf M. 1.60.
Hämoglobinzellchen M. 1.60 oder M. 3.—, ausreichend für 3 Wochen.

Ludwigs-Apotheke in München. — Erhältlich in Apotheken.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG.

Handbuch der Hygiene

Bearbeitet von achtzig Fachgelehrten

Herausgegeben von

Dr. med. TH. WEYL

Privatdozenten der Technischen Hochschule zu Charlottenburg-Berlin.

10 Bände und 4 Supplementbände. 9450 Seiten mit 2092 Abbil-
:: dungen im Text, 3 Beilagen und 31 Tafeln. 1893—1904. ::

Brosch. M. 165.—, in 14 Halbfranzbände geb. M. 191.50.

Ausführlicher Prospekt mit Angabe der Preise der einzelnen Bände und Referenzen steht auf Verlangen kostenlos zu Diensten.

Korrespondenzblätter für Schweizer Ärzte: Ein durchaus empfehlenswertes, vielseitig brauchbares, im ganzen exaktes Werk. Bekanntlich ist es eine Sammlung von Monographien, deren Verfasser jeweilen nach Studium und Stellung sachverständig sein dürften; die gewandte und stramme Direktion (Th. Weyl) hat für die nötige Vollständigkeit und Gleichmäßigkeit gesorgt. Gesundheitsbehörden und Bibliotheken werden es nicht bereuen, das ganze Werk angeschafft zu haben.

Wiener klinische Wochenschrift: Das Weyl'sche Werk kann infolge der Reichhaltigkeit seines Inhaltes, sowie der Gründlichkeit der Bearbeitung desselben jedem praktischen Arzte empfohlen werden, es wird aber auch demjenigen, der sich über eines der einschlägigen Kapitel gründlicher informieren will, durch die sorgfältigen Literaturangaben gute Dienste leisten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. November 1911. Nr. 11.

I. Originalbeiträge.

Ein bemerkenswerter Fall von tuberkulöser Meningitis im Säuglingsalter.

Von

Dr. L. Schaps, Kinderarzt in Berlin-Friedenau.

Am 4. November 1909 wurde mir der am 23. Mai 1909 geborene Säugling Heinz P. in die Sprechstunde gebracht, mit der Angabe, daß das Kind gestern gezuckt habe. Anamnestisch ließ sich erheben, daß die Mutter, eine robust aussehende Frau, früher einen Lungenspitzenkatarrh gehabt haben soll. Der Vater des Kindes und ein Bruder sollen gesund sein. Ein Geschwister des Kindes ist aus unbekannter Ursache im Alter von 4 Wochen gestorben, ferner hat einmal bei der Mutter ein Abort stattgefunden. Die Ernährung des Patienten bestand in Muttermilch. Die objektive Untersuchung am 4. November ergab: Schlaffer, welker Säugling mit grauen, trocknen Hautdecken. Mittelgroßer derber Milztumor, Leber bei den schlaffen Bauchdecken gut palpabel, aber nicht vergrößert. Kopfform quadratisch, Kopfumfang 46,4 cm, Kopfvenen geschwollen, Fontanelle gespannt. Puls 170 pro Min., regelmäßig. Pupillen mittelweit, reagieren auf Lichteinfall. Der Augenhintergrund zeigte leichte Stauungspapille, sonst normalen Befund. Atmung regelmäßig, von normaler Frequenz. Temperatur 36,9.

In Rücksicht auf diesen objektiven Befund und die anamnestische Erhebung, daß bei der Mutter ein Abort vorgekommen und daß ferner ein Geschwister im Alter von 4 Wochen aus unbekannter Ursache gestorben sei, vermutete ich einen Hydrocephalus internus auf heredosyphilitischer Grundlage und leitete eine antisyphilitische Behandlung mit Hg protojoduret. ein. Diese Behandlung wurde 6 Wochen lang durchgeführt, ohne daß während dieser Zeit in dem subjektiven Befinden des Kindes irgend eine Veränderung auftrat.

Objektiv änderte sich auch nichts, nur der Schädelumfang wuchs zusehends. Während er am 4. November 46,4 cm betrug, betrug er am 20. November 47 cm und am 17. Dezember bereits 48,8 cm. Deshalb entschloß ich mich am 17. Dezember zu einer Lumbalpunktion. Dieselbe war jedoch von negativem Erfolg, ich erhielt nur wenige Tropfen einer leicht blutig tingierten Flüssigkeit, welche mikroskopisch nichts Besonderes aufwies.

Da am nächsten Tage Krämpfe auftraten, überwies ich den Fall Herrn Prof. Dr. F. Krause zur Operation.

Krause führte am 7. Januar 1910 den Bramannschen Balkenstich aus. Die Punktion ergab jedoch keine Flüssigkeit. Die Meningen erschienen an der Oberfläche verändert. Am selben Tage trat der Exitus ein.

Die Schädelsektion am 8. Januar ergab folgendes: Im Gebiet der Operation geringfügige Blutung. Gehirn sehr weich, zerfließend. Die Arachnoidea zeigt vielfache submiliare Tuberkel und sulzige, graugelbe Infiltration. Ventrikel erweitert, mit Flüssigkeit gefüllt. An der Mitte des linken Corpus striatum etwa walnußgroßer hämorrhagischer Herd, sehr derb, trocken (Infarkt durch Gefäßverschluß).

Anatomische Diagnose: Meningitis tuberculosa. Hydrocephalus ventricularis. Hämorrhagische Infarzierung infolge Gefäßverschlusses (tuberkulöse Encephalitis).

(Die Mitteilung des Sektionsergebnisses verdanke ich der Liebenswürdigkeit von Herrn Prof. Krause.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß ihm fast alle prägnanten Symptome der tuberkulosen Meningitis fehlen, ferner durch seinen langen Verlauf.

Was den letzten Punkt betrifft, so verläuft die Krankheit bekanntlich in 2—3 höchstens 4 Wochen. Der mitgeteilte Fall wurde mir am 4. November 1909 zugeführt und kam erst am 7. Januar 1910 zum Exitus, wobei zweifellos die Operation beschleunigend gewirkt hat.

Was die Klinik des Falles betrifft, so ist hervorzuheben, daß der Gang der Temperatur, welcher bei der tuberkulösen Meningitis Charakteristisches bietet, bei der ambulanten Beobachtung nicht verwertet werden konnte. Immerhin sei betont, daß weder von seiten der gut beobachtenden Eltern jemals Fiebertemperaturen konstatiert, noch von mir solche beobachtet wurden.

Wichtiger ist es, daß ich niemals eine Pulsirrigularität feststellen konnte und daß motorische Reizerscheinungen fast ganz fehlten. Das charakteristische Symptom der Nackensteifigkeit fehlte bis zum Schluß vollständig. Eine Hyperästhesie der Haut war nicht vorhanden. Das Sensorium schien niemals, auch nur leicht, getrübt. Das Abdomen bot keine Besonderheiten, und von seiten der Digestionsorgane waren nur zuweilen sehr leichte dyspeptische Symptome zu konstatieren.

Wenn auch die Diagnose der tuberkulösen Meningitis im Anfange bei den oft sehr wenig ausgeprägten Hirnerscheinungen nicht geringe Schwierigkeiten bieten kann, so treten doch in der Regel bald die charakteristischen Züge der Krankheit mehr oder weniger vollkommen in Erscheinung, so daß die ausgebildete Krankheit in ihrer Erkennung kaum Schwierigkeiten macht. Ein sehr wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose, die Lumbalpunktion und der Nachweis von Tuberkelbazillen in der Punktionsflüssigkeit, ließ uns ebenfalls im Stich, da sich bei der Punktion keine Flüssigkeit entleerte. Worauf dieses Verhalten zurückgeführt werden muß, konnte nicht erwiesen werden, da eine vollständige Sektion verweigert wurde.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

O. Lade, Studien über die Azidität des Urins mit experimentellen Beiträgen aus dem Säuglingsalter. (Aus der Akad. Klinik f. Kinderheilk. zu Düsseldorf.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 3 u. 4.) Sowohl beim Brustkind, wie dem künstlich genährten wird die Azidität des Harnes nur in geringem Grade von der Menge der aufgenommenen Nahrung beeinflußt; doch ist die Azidität beim Brustkind bedeutend niedriger als beim künstlich genährten. Sie schwankte bei dem Brustkind zwischen 0,3 und 0,4 ccm $^1/_{10}$ Normallauge für 10 ccm Harn, bei dem künstlich genährten Kinde zwischen 1,2 und 2,9, war also bei ersterem bedeutend niedriger, bei letzterem ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen mit reiner Milchdiät. Der

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

größeren Harnmenge entspricht im allgemeinen eine größere Tagesazidität; die relative Azidität war bei steigernder Harnmenge oft geringer und umgekehrt. Oft wächst und fällt die Azidität mit dem spezifischen Gewicht, bisweilen aber geht Anwachsen des einen mit Fallen des anderen einher. Die Phosphorsäurekurve verläuft gleichsinnig der Aziditätskurve, sowohl bei dem Brustkind wie bei dem künstlich genährten Kind. Bei ersterem sind die Phosphorsäurewerte sehr niedrig und können nur zu geringem Teil die Azidität bedingen, während sie beim künstlich genährten Kind höher sind, bisweilen sogar höher, als der Azidität entspricht, so daß Phosphorsäure als zweites Phosphat vorhanden sein muß. Die Stickstoffkurve verläuft im großen und ganzen gleichgerichtet mit der Aziditätskurve.

Hecker.

A. Bretschneider, Die primäre eitrige Parotitis des frühen Säuglingsalters. (Aus dem Gisela-Kinderhospital zu München.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 3 u. 4.) Die Krankheit setzt meist in den ersten Tagen oder Wochen des Lebens ein und verläuft gewöhnlich unter ziemlich hohem Fieber. Sie manifestiert sich durch entzündliche Schwellung der Parotisgegend, die sich nicht scharf gegen die Umgebung absetzt, Schmerzen verursacht und bei der sich als pathognostisches Merkmal nach Druck auf die Geschwulst Eiter aus dem Ductus Stenonianus entleert. In der Regel kommt es zur Abszedierung der Drüse. Die Mortalität ist hoch (69 %). Als Komplikationen kommen vor Durchbruch des Eiters nach dem äußeren Gehörgang, Eitersenkung entlang den Halsgefäßen nach dem Mediastinum mit anschließender eitriger Pleuritis; multiple Gelenkvereiterung, Osteomyelitis, Peritonitis, Fazialisparese. Bakteriologisch: Staphylokokken. Die Erkrankung kommt durch aszendierende Infektion zustande, wahrscheinlich infolge ungenügender Anlage der Sicherungsvorrichtungen (anatomische Verhältnisse an der Ductusmündung). Die Therapie ist aktiv chirurgisch. Hecker.

P. S. Medowikow, Zur Frage von der Verminderung der bakteriziden Kraft des Dünndarms unter Einwirkung einiger innerer und äußerer Agentien. (Aus der pathol. Abteilung des Instituts f. experiment. Mediz. in St. Petersburg.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 3 u. 4.) Nur wenn die normale bakterizide Kraft des Darmsaftes geschwächt wird, kann sich eine Magendarmerkrankung entwickeln. Jede Störung dieser Bakterizidie durch äußere oder innere Ursachen führt zu einem bedeutenden Anwachsen der Bakterienzahl im Dünndarm. Von hier geht die Intoxikation des Organismus aus, und von hier aus rufen die Bakterien, welche durch die Darmwand in die Lymphwege und dann ins Blut vordringen, eine Allgemeininfektion hervor. Hecker.

Fritz Seiler (Bern), Die Untersuchung der Magenfunktionen der Kinder mittels Probefrühstück. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 3 u. 4.) Die Anwendung des Probefrühstücks eignet sich auch für die Kinderpraxis sehr gut zur genaueren Diagnose von Störungen der Magenfunktionen. Als Probenahrung ist am meisten die Sahlische Mehlsuppe zu empfehlen, da sie leicht

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genommen wird und ohne Schwierigkeiten wieder ausgehebert werden kann. Die Menge der Probenahrung muß je nach dem Alter der Patienten abgestuft werden. Bei normalen Funktionen wird stets, auch bei Kindern im Alter von 7—12 Monaten, überschüssige Magensäure abgesondert. Analog wie bei Erwachsenen kann mittels Probefrühstück die Differentialdiagnose der verschiedenen Funktionsstörungen gestellt werden. Es kommen Motilitätsanomalien (Atonie usw.) und Sekretionsstörungen (Hyper- und Hypazidität) zur Beobachtung. Ebenso eigentliche Gastritiden mit reichlicher Schleimabsonderung und Störungen der Sekretion. Hecker.

Heinrich Rosenhaupt (Frankfurt a. M.), Frühzeitige Zahnung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 3 u. 4.) Vorkommen von frühzeitigem, zum Teil angeborenem Zahndurchbruch bei mehreren Generationen einer Familie. Hecker.

Fritz Brandenberg (Winterthur), Kasuistischer Beitrag zum Morbus Winckelii. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 3 u. 4.) Die Hämoglobinurie kann am ehesten als durch Infektion bedingte Hämolyse aufgefaßt werden, bei welcher der Ikterus nicht vorangeht, sondern als Folge der Hämolyse auftritt. Hecker.

A. Schiller, Zur Pathologie und Therapie der laktierenden Mamma. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. S. 613.) Nach Überzeugung des Verf. sind die Rhagaden nur indirekte Ursache eines Mastitis, indem wegen der Rhagaden die Brust ungenügend entleert wird; dadurch kommt es zur Stauung. Erst diese führt zur Mastitis, dabei können Infektionskeime in den Rhagaden und in den Ausführungsgängen eine Rolle spielen. In der Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Milchstauung (häufig auch ohne Rhagaden) und damit die Mastitis in den ersten Wochen des Puerperiums, seltener später. In letzteren Fällen dürfte als ätiologischer Faktor die Menstruation wirksam sein. Es kommt prämenstruell zur Verminderung der Milchmenge, die mit Eintritt der Menstruation, gleichgültig ob Blutung eintritt oder nicht, für wenige Tage in eine Steigerung der Milchmenge über die Norm übergeht. Dies begünstigt Entstehen von Milchstauung.

Die prophylaktische Therapie der Mastitis besteht vor allem in der Behebung der Stauung durch Absaugen der Brust. Einmal oder im Beginn zweimal täglich wird durch etwa $^3/_4$ Stunde die Saugglocke angelegt und danach die Milch mit der Milchpumpe oder durch Massage, besonders des gestauten Acinus, entleert. Die Saugglocke wird dann angesetzt, wenn die gesunde Seite gerade an der Reihe ist entleert zu werden. Bei der nächsten Mahlzeit wird das Kind an die erkrankte Seite angelegt, nachdem vorher die Milch manuell oder mit der Pumpe entleert worden ist. Das Trinken der gestauten Milch ist nicht bedenklich. In der Zwischenzeit wird die Brust mit einem mit Vaseline bestrichenen Lappen bedeckt. Auch Umschläge mit 50 % Alkohol oder 2 % Burow sind bei vorheriger Einfettung der Mamma zu empfehlen. Die Stauung ist in 2—5 Tagen behoben.

Bei Eintritt von Eiterung in einer Mamma muß auf der gesunden Seite weiter getrunken werden, auf der erkrankten darf dann weiter

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

getrunken werden, wenn der Abszeß klein und günstig gelegen ist (weit genug vom Warzenhof). Verf. ist für größere Schnitte, die radiär angelegt werden. Auch trotz Inzision soll mit der gesunden Seite gestillt werden, da die Wundheilung besser vor sich geht. Beim Verbandwechsel benutzt Verf. die Saugglocke. Das Anlegen auf der erkrankten Seite kann 2 Tage nach Reinigung der Wunde gestattet werden.

Bei Rhagadenbildung soll womöglich weiter gestillt werden. Zur Behandlung der Rhagaden hat sich folgende Salbe bewährt:

Acid. bor. 5,0
Zinc. oxyd. 10,0
Naphthalan.
Adip. lan. āā 25,0

Bei Auftragen der Salbe werden die Schrunden entfaltet. Vor jedem Trinken wird die Mamma mit Öl gereinigt und etwas Milch exprimiert. Nach der Mahlzeit neuerlich Salbenanwendung. Die Rhagaden überhäuten sich in 2—3 Tagen. Bei Ekzem der Mamma hat sich neben Puderanwendung diese Salbe ebenfalls bewährt.

Schick.

W. Birk, Beiträge zur Physiologie des neugeborenen Kindes. 3. Mitteilung. Die Bedeutung des Kolostrums. Analysen und Stoffwechselversuche. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. Nr. 11.) Die notwendige Bedingung dafür, daß die Geburt für den Säugling keinen Schaden bedeutet, ist eine den physiologischen Verhältnissen entsprechende Nahrung. Diese Bedingungen sind häufig nicht erfüllt, was man an der langen Dauer der physiologischen Abnahme des Körpergewichtes oder an geringem Körpergewichtsanstieg nach Sistieren der physiologischen Abnahme ersehen kann. Als physiologische Nahrung der ersten Tage ist das Kolostrum anzusehen. Ernährung des Neugeborenen mit fertiger Frauenmilch ist aphysiologisch, ebenso die Ernährung mit Kuhmilch.

In der vorliegenden Mitteilung berichtet B. über Analysen des Kolostrums und Stoffwechseluntersuchungen der ersten Lebenstage bei 2 Kindern, die an der Mutterbrust ernährt wurden, und bei einem Kind, das sofort fertige Frauenmilch bekam.

Die Analyse des Kolostrums ergab, daß es etwas ärmer an Asche als die fertige Frauenmilch ist, der Phosphorgehalt ist mehr als doppelt so groß. Der Stickstoffgehalt ist ebenfalls sehr hoch.

Die Stoffwechselversuche ergaben, daß bei anfänglicher Ernährung mit Kolostrum und normalem Übergang zur fertigen Frauenmilch (Ernährung bei der Mutter) trotz ungenügender Ernährung und trotz Körpergewichtsabnahme der Eiweißbedarf so weit gedeckt wird, daß die N-Bilanz positiv ist. Dies ist nur bei Kolostrumzufuhr möglich. Der Säugling, der vom ersten Tage an fertige Frauenmilch erhielt, zeigte negative Stickstoffbilanz. In diesem Momente liegt die Bedeutung des Kolostrums.

Schick.

Ernst Schloß, Die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch auf Grund neuer Analysen. (Waisenhaus Rummelsburg.) (Montsschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. S. 636.) Die Unstimmigkeiten der vorliegenden Analysen der Milch, besonders bei den Salzen,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

veranlaßten Schloß, neuerliche Untersuchungen durchzuführen, die an 8 gesunden Ammen verschiedener Laktationsperioden vorgenommen wurden.

Die Untersuchungen ergaben folgende Durchschnittszahlen aus 8 Analysen:

Tagesmenge	1320
Fett	37,88
N	1,847
Gesamtasche	1,839
CaO	0,3758
MgO	0,0857
Na_2O	0,1886
K_2O	0,5291
P_2O_5	0,4046
Cl	0,5222

Die Zusammensetzung ist eine durchaus regelmäßige. Wenn auch die absoluten Zahlen besonders der Gesamtasche und der einzelnen Aschenbestandteile große Differenzen aufweisen, so ist doch das Verhältnis der einzelnen Konstituenten ein ziemlich konstantes. Mit Ausnahme des Fettes stehen alle Bestandteile der Milch in einem bestimmten Verhältnis zueinander.

Vor allem ist der erstaunlich weitgehende Parallelismus der N-Werte mit den Werten der Gesamtasche auffallend. Der Milchzuckergehalt ist umgekehrt proportional dem Aschengehalt. Schick.

S. Simon, Zur Stickstoffverteilung im Urin des Neugeborenen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 1.) Alle Neugeborenen zeigten in den ersten Lebenstagen eine außerordentlich hohe Gesamtstickstoffausfuhr (größer als nach einem Monate bei der Mehrzahl von ihnen). Diese Stickstoffausfuhr hat einen recht beträchtlichen Anteil an der physiologischen Abnahme der Neugeborenen. Diese hohe Gesamt-N-ausscheidung geht ziemlich parallel dem hohen Reststickstoff. Die Komponenten des Rest-N ändern sich wesentlich. Fast alle Neugeborenen beginnen ihre Ammoniakausscheidung mit einer perzentuell recht kleinen Menge, die aber fast konstant von Tag zu Tag wächst, um gegen Schluß der ersten Woche hohe Werte zu erreichen. Ähnlich verhält sich die der Aminosäuren.

Trotz der Größe der Aminosäurenzahlen bleibt aber der größere Teil des Rest-N in der ersten Lebenswoche ungedeckt. Das Fehlende ist bei denjenigen Körpern zu suchen, von denen wir annehmen, daß sie Produkte des endogenen Stoffwechsels sind. Kreatinin und Harnsäureausscheidung ist gering. Interessant ist das Vorkommen der Oxyproteinsäuren. Bei mit Frauenmilch ernährten Neugeborenen und älteren gesunden Kindern macht sie bis zu 10% und mehr des Gesamt-N aus. Auch nach der Feststellung dieser Oxyproteinsäuren bleibt noch ein unbestimmter Rest übrig, der aus Polypeptiden besteht. Das Auftreten ist vielleicht damit in Zusammenhang zu bringen, daß der Säugling, infolge Armut an Ferment oder wegen der Überschwemmung seines Stoffwechsels mit N-haltigen Körpern gezwungen ist, sich mit unvollständigem Abbau zu begnügen.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Aminosäuren trifft man beim natürlich ernährten gesunden Säugling in den ersten Monaten in recht beträchtlicher Menge (bei einem Kinde, das bis zum 80. Lebenstage wiederholt untersucht wurde, steht die Ausscheidung fast konstant zwischen 12 und 13%).

Schick.

S. Samelson, Beitrag zur Physiologie der Ernährung von frühgeborenen Kindern. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. Heft 1. S. 18.) Der Verf. teilt Beobachtungen an zwei Kindern mit, die zum Zweck angestellt wurden, die Verwertbarkeit des „Energiequotienten" (Bedarf an Nahrung auf ein Kilogramm Körpergewicht als Einheit bezogen, ausgedrückt in Kalorien) für die Säuglingsernährung exakt zu prüfen. Es handelt sich um 2 Frühgeburten, die mit abgedrückter Frauenmilch ernährt wurden. Bei beiden Kindern erfolgte bis zum 23. Tag ein langsames, aber sicheres Ansteigen des Gewichtes. Vom 23. Tag an zeigen beide Kinder Gewichtsstillstand, das eine wegen einer leichten Infektion der Bronchien, das andere wegen zu geringer Nahrungszufuhr. Für diese Kinder war die Zahl 115 als unterste Grenze des Energiequotienten zu bezeichnen. Es geht aber aus den vom Verf. gefundenen Zahlen hervor, daß der Energiequotient bei Frühgeburten in ziemlich weiten Grenzen schwankt, so daß statt der bisherigen Zahlen die Zahlen 115—150 zu setzen wären.

Schick.

A. Uffenheimer u. **Y. Takeno,** Der Nachweis des Kaseins in den „sogenannten" Kaseinbröckeln des Säuglingsstuhls mit Hilfe der biologischen Methodik, insbesondere der Anaphylaxie. (Klinik Pfaundler.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. Heft 1. S. 32.) Die Verf. haben neuerlich die schon wiederholt in wechselndem Sinne beantwortete Frage untersucht, ob die bei Ernährungsstörungen beträchtlicher Art im Stuhl auftretenden weißen Bröckel Kasein enthalten oder nicht. Die eine Gruppe der Autoren meint, daß diese weißen Bröckel nur aus Seifen bestehen, während die zweite Gruppe von Autoren, vor allem Biedert und zuletzt Talbot, daran festhalten, daß neben den Seifen auch Kasein vorhanden sei.

Da diese Frage auf chemischem Wege noch nicht gelöst werden kann, haben die Autoren vor allem den Anaphylaxieversuch zur Entscheidung benützt. Sie gingen dabei in ihren Versuchen so vor, daß sie mit Extrakten aus diesen Kaseinbröckeln Meerschweinchen vorbehandelten, welche nach 21 Tagen mit einer möglichst entfetteten und dann 1:5 verdünnten Milch in der Menge von 5 ccm intravenös reinjiziert wurden. Es ergab sich, daß mit dieser Methode bei 9 von 22 Kindern im ganzen 25 mal Kasein in den Stuhlbröckeln nachzuweisen war, d. h. die Tiere bekamen gelegentlich der Reinjektion typisch anaphylaktische Symptome. Bei 3 mit Frauenmilch ernährten Kindern ergab die gleiche Methode stets negatives Resultat.

Es wurden auch die umgekehrten Versuche gemacht, Vorbehandlung der Tiere mit Milch oder Kasein und Reinjektion von Extrakt aus den Kaseinbröckeln. Auch diese Versuche ergaben in einigen Fällen positives Resultat. Präzipitationsversuche mit hochwertigem Lakto-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

serum ergaben unter 44 Versuchen 17 einwandfrei positive Befunde bei 5 Kindern.

Es läßt sich also nicht bezweifeln, daß in den sogenannten Kaseinbröckeln in der Tat Kasein vorhanden ist. Die Bedeutung dieser Ausscheidung von Kaseinbröckeln ist noch nicht klargestellt. Es ist aber zu betonen, daß sie hauptsächlich bei Kindern mit Ernährungsstörung zu beobachten sind. Schick.

H. Schelble, Über Stamm- und Hauttemperaturen bei Säuglingen. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 62.) Finkelstein hält die Einförmigkeit des Temperaturverlaufes für den gesunden Säugling für gesetzmäßig. Die Schwankungen bei vollkommener Regulation des Verbrennungsprozesses betragen nach Finkelstein nicht mehr als höchstens 0,6, und das Mittel der Temperatur überschreitet 37° nicht wesentlich. Meyer und Rosenstern fassen die Schwankungsbreite der Tagestemperatur noch enger.

Die Kurven, die Sch. an der Klinik Salge bei gesunden Säuglingen aufnehmen konnte, zeigten keine derartige Monothermie. Es ergaben sich Schwankungen um 1°. Auf diese Verhältnisse hat schon Salge hingewiesen. Als Ursache dieser starken Unruhe konnten starke Schwankungen der Zimmertemperatur ausgeschlossen werden. Sch. hält die Monothermie für ein Kunstprodukt klinischer Pflege, wahrscheinlich bedingt durch Mangel an äußeren Reizen wie Licht und Geräusch. Solche Reize bewirken starke Muskeltätigkeit, und diese sind vielleicht die Ursache der Schwankungen.

Beobachtungen der Hauttemperatur haben noch keine zu allgemeinen Gesichtspunkten führenden Resultate ergeben. Sch. teilt daher nur einige für das gesunde Brustkind, die Frühgeburt und für den Atrophiker charakteristische Kurven mit. Die Kurven des gesunden Brustkindes zeigen keinen durchgreifenden Unterschied zwischen den Zeiten des Schlafens und Wachens. Eine Einwirkung des Schweißausbruches in den ersten Stunden des Schlafes wurde nicht wahrgenommen. Vielleicht liegt dies daran, daß die Temperatur nur an bedeckten Körperpartien vorgenommen wurde. Bei Messungen der Stammtemperatur um verschieden viele Zehntelgrade. Die frühere Höhe wird zumeist bald wieder erreicht. Zwischen Stamm- und Hauttemperatur besteht ein ziemlich gleichmäßiger Abstand. Beim Flaschenkind ist der Abstand geringer, aber beide Kurven sind unruhiger. Bei der jungen Frühgeburt (mit Wärmeflaschen) zeigen die beiden Kurven viel geringeren Abstand und die Kurve der Hauttemperatur viel geringere Schwankungen als beim ausgetragenen Kind. Als das Kind 2 Monate alt war, verhielten sich die Kurven ähnlich wie die des ausgetragenen Kindes. Beim Atrophiker liegen die Kurven näher zusammen als beim gesunden Kind. Schick.

G. Bernhardt, Experimentelle Untersuchungen über die Scharlachätiologie. 2. Mitteilung. (Aus dem Instit. f. Infektionskrankheiten in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 23).

A. P. Höfer, Über intrazelluläre Einschlußkörper bei Scarlatina. (Ebenda.) In den Mesenteriallymphdrüsen dreier in den ersten Tagen der Erkrankung an Scharlach gestorbener Menschen,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie in der Niere des einen daraufhin untersuchten Falles hat B. intrazelluläre Einschlüsse gefunden, die an die bei Trachom beobachteten erinnern. Die gleichen Einschlüsse hat B. in den Lymphdrüsen von mit Scharlachmaterial infizierten Affen gesehen. Durch Verimpfung dieser Lymphdrüsen war bei Affen ein scharlachähnliches Krankheitsbild zu erzielen. In den bis jetzt untersuchten Kontrollen hat B. ähnliche Einschlüsse nicht finden können.

Völlig unabhängig von den in der vorstehenden Veröffentlichung berichteten Untersuchungen hat auch H. in den Organen an Scharlach Verstorbener (Milz, Lymphdrüsen, Schleimhäute) eigenartige intrazelluläre Einschlußkörper gefunden.

Prof. Hartmann, der Vorstand des Protozoenlaboratoriums im Institut, hat sowohl die Präparate Bernhardts als auch die H.s geprüft und ist der Meinung, daß diese Befunde nicht übereinstimmen, hält es aber auch nicht für ausgeschlossen, daß die von Bernhardt gefundenen Einschlüsse insofern mit den H.s in Zusammenhang zu bringen sind, als sie späteren Entwicklungsstadien entsprechen, während die von H. nachgewiesenen einem früheren Stadium zugehören. Weiteren Untersuchungen muß es vorbehalten bleiben, über diese Frage sowie über die Natur der jedenfalls bemerkenswerten Einschlüsse Aufklärung zu bringen.

In den mit Heidenhains Eisenhämatoxylin gefärbten Schnitten finden sich nicht selten in den Zellen runde, ovale oder längliche, verschieden große Gebilde, die meist dem Kerne anliegen oder auch zum Teil auf ihm liegen. Sie bestehen aus einer homogenen, hyalinen, dichten Substanz, die keine Plasmastruktur zeigt. Auch durch die Färbung unterscheiden sie sich von dem umgebenden Protoplasma: sie nehmen die Färbung nicht so gut an und erscheinen auch in einem reineren Grau im Gegensatz zu dem gelblich getönten Plasma der Zelle. Bisweilen findet sich um sie herum eine Retraktionszone des Plasmas, so daß sie sich scharf als selbständige, der Zelle fremde Gebilde abheben.

Für den ersten Blick imponieren sie als Zentrosome, und dieser Eindruck wird noch dadurch verstärkt, daß sich in ihnen auch noch ein zentrales Korn (scheinbares Zentriol) nachweisen läßt, bzw. zwei durch Desmose verbundene Körnchen.

Daß es sich aber nicht um echte Zentrosome handelt, wird, abgesehen von anderen Momenten, dadurch bewiesen, daß sich auch mehrere solcher „Sphären“ in einer Zelle vorfinden können und in ihnen nicht nur immer ein Paar, sondern auch mehrere durch Zentrodesmose verbundene Paare von Körnchen. Diese Körperchen und ihre Desmosen sind, besonders wenn sie mehrfach in einer Sphäre auftreten, so fein, daß sie mit den besten optischen Hilfsmitteln eben gerade noch als distinkt wahrgenommen werden können; sie liegen wohl an der äußersten Grenze des Unterscheidbaren. Die Sphären mit mehreren Desmosen hat H. bisher nur bei einem Falle nachgewiesen.

Ohne etwa einen Entwicklungszyklus konstruieren zu wollen, will H. doch darauf hinweisen, daß sich verschiedene Stadien finden, die als fortlaufende Reihe gedacht werden könnten: Zunächst einzelne

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in einem hellen Hofe gelegene, schwarz gefärbte Körnchen. Dann die diplosomartigen Formen — denn die Zentrodesmose weist ja ohne weiteres mit Bestimmtheit hin auf die vorangegangene Zweiteilung eines einfachen Körpers. Ferner Stadien, wo mehrere Zentrodesmosen in einer Sphäre nachweisbar sind. Die sphärenartigen Körper werden größer, entsprechend der Vermehrung der Innenkörperchen (und vielleicht auch infolge einer Reaktion der Zelle), und sind schließlich angefüllt von feinsten Körnchen, an denen sich zum Teil Desmosen noch nachweisen lassen.

Nach den Erfahrungen über die Chlamydozoen liegt die Vermutung nahe, daß die in den Sphären eingeschlossenen Körperchen hierher zu rechnen sind, die Sphären selbst Reaktionsprodukte der Zelle sind. Es sind ja auch schon „Zentrosphären"artige Reaktionskörper für Molluscum contagiosum angegeben. Grätzer.

K. Blühdorn, Zur Frage der Spezifizität der Plaut-Vincentschen Anginaerreger. (Aus der Infektionsabteilung des Virchow-Krankenhauses in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 25.)

1. Fusiforme Bazillen und Spirillen finden sich, bald spärlich, bald reichlicher, gemeinschaftlich oder die eine von beiden, in einer großen Anzahl von Rachenabstrichen Gesunder vor; fast regelmäßig sind sie in der Umgebung der Zähne und des Zahnfleisches in der „gesunden" Mundhöhle anzutreffen.

2. Ebenso sind die genannten Mikroben bei den verschiedensten anginösen Erkrankungen (Diphtherie, Scharlach, luetischen Anginen, Strepto- und Staphylokokkenanginen) in wechselnder Zahl zum Teil massenhaft unter sonstiger reichlicher Bakterienflora als harmlose Saprophyten zu finden.

3. Dieselben Spirillen und fusiformen Bazillen können, wenn sie in Reinkultur oder fast rein nachgewiesen werden, so daß andere Erreger als Krankheitsursache nicht in Betracht kommen, eine eigene Erkrankungsform, die sog. Plaut-Vincentsche Angina, hervorrufen.

4. Sie sind nicht allein für anginöse Prozesse, sondern möglicherweise unter denselben Bedingungen auch für andere ulzeröse Mundprozesse als ätiologischer Faktor verantwortlich zu machen.

5. Durch bakteriologische, auch kulturelle Untersuchung wird man in jedem Zweifelfalle von Plaut-Vincentscher Angina insbesondere die klinisch auch mannigfache Ähnlichkeit bietende Diphtherie unbedingt ausschließen müssen, um eventuell den richtigen Zeitpunkt für eine spezifische Serumtherapie nicht zu versäumen. Grätzer.

P. H. Römer, Über eine der Kinderlähmung des Menschen sehr ähnliche Erkrankung des Meerschweines. (Aus dem Universitätsinstitut für Hygiene und experimentelle Therapie in Marburg.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 26.) Das Krankheitsbild bei Meerschweinen gleicht außerordentlich den spinalen Lähmungsbildern der Heine-Medinschen Krankheit des Menschen. Alle bis jetzt ermittelten Eigenschaften — Unsichtbarkeit, Nichtzüchtbarkeit, Filtrierbarkeit, Glyzerinwiderstandsfähigkeit — besitzt

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in gleicher Weise das Virus beider Krankheiten, und auch die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab große Übereinstimmungen.

R. hofft, daß die weitere Erforschung der „Meerschweinchenlähme" auch zur Kenntnis der Heine-Medinschen Krankheit des Menschen wesentliche Aufschlüsse geben wird. Grätzer.

W. Birk, Unterernährung und Längenwachstum beim neugeborenen Kinde. (Aus dem Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus in Charlottenburg.) (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 27.) B. zeigt an Kurven, wie Unterernährung bei Neugeborenen auf das Längenwachstum wirkt. Es handelte sich um sonst gesunde Kinder, die die Muttermilch nur in ungenügendem Maße nahmen, obwohl die Mütter genügende Mengen produzierten. Die Kinder gediehen nicht, blieben bei ihrem Gewicht oder nahmen ab. In dieser Zeit stand auch das Längenwachstum still. Der Trieb zum Wachstum ist aber beim jungen Kinde ein außerordentlich kräftiger; die Periode der Unterernährung hinterläßt keine Nachwirkung, und die Längenentwicklung geht hinterher vor sich, als wenn nie ein Stillstand gewesen wäre. Der ältere Säugling ist viel resistenter, gegen äußere Einflüsse weit weniger empfindlich; bei Unterernährung kommt es nicht zur völligen Aufhebung des Längenwachstums, das allerdings deutlich eingeschränkt wird. Grätzer.

G. Abelsdorff und **E. Bibergeil,** Über das Blickfeld bei Caput obstipum. (Aus der Kgl. Univers.-Poliklinik f. orthopäd. Chirurgie in Berlin.) (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 31.) Die Verff. haben sich bei ihren Untersuchungen einer Tatsache zugewandt, die Hübscher zuerst betont hat: die Augen des Torticolliskranken blicken nicht in der Richtung des schiefgestellten Kopfes, sondern sehen geradeaus, die Blicklinien stehen beim Sehen in die Ferne senkrecht zur Frontalebene des Körpers, nicht zu der des Kopfes. Um also in Hinsicht auf seinen Körper geradeaus zu sehen, muß der Torticolliskranke beständig nach der der Drehung des Kopfes entgegengesetzten Seite blicken oder, wie Hübscher fälschlich sagt, schielen. Hübscher stellte sich nun die Frage, ob durch diese Stellung der Augen die Beweglichkeit der Bulbi beeinflußt werde. „Wird durch die beständige Kontraktion der Rechts- bzw. Linksdreher nicht eine Verlängerung der überdehnten Muskeln herbeigeführt?" Nach Aufnahme des Blickfeldes am Perimeter bei reponiertem, d. h. während der Untersuchung normal gehaltenem Kopfe, beantwortete Hübscher diese Frage auf Grund der Untersuchung von 2 Fällen dahin, daß beim Torticollis eine symmetrische Einschränkung des Blickfeldes vorliege, und zwar beim linksseitigen Schiefhals nach rechts, beim rechtsseitigen nach links.

Folgende Fälle wurden untersucht:

I. 7 Fälle von angeborenem, reinem muskulären Schiefhals;

II. 2 Fälle von dauernder Schiefstellung des Kopfes infolge kompensierender hochsitzender Zervikalskoliose;

III. 1 Fall von angeborenem ossären Schiefhals.

Wenn man die Befunde an diesen 10 Fällen überblickt, so zeigten in 60% der Fälle die Augenbewegungen bzw. die Augenstellung Ab-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weichungen von der Norm, und zwar war zweimal an dem dem Schiefhals entsprechenden Auge eine geringe Beweglichkeitsbeschränkung nach der der Richtung des Schiefhalses entsprechenden Seite vorhanden, einmal geringe Beweglichkeitsbeschränkung an dem dem Schiefhals entgegengesetzten Auge auch in entgegengesetzter Richtung, einmal Strabismus convergens concomitans und einmal Strabismus divergens concomitans auf der Seite des Schiefhalses und schließlich einmal Schiefhals und Oculomotoriusparese auf der nämlichen Seite. In allen diesen 6 Fällen wich nur die Stellung oder Beweglichkeit eines Auges von der Norm ab, und wenn wir von der Blickfeldbeschränkung durch Oculomotoriuslähmung absehen, so bleiben 3 Fälle mit einseitiger, den Schiefhals zum Teil gleich-, zum Teil entgegengesetzt gerichteter Blickfeldbeschränkung übrig, die an sich von so geringer Ausdehnung sind, daß ihnen keinerlei praktische Bedeutung zugemessen werden kann.

In keinem einzigen Falle konnte also eine Blickfeldbeschränkung beider Augen, geschweige denn eine symmetrische Einschränkung in der von Hübscher angegebenen Richtung festgestellt werden. Hübschers sich nur auf einen einwandfreien Fall stützende Beobachtung läßt sich also keinesfalls verallgemeinern. Auch ist der Verff. negatives Resultat viel leichter verständlich als das Hübschers. Nach ihm sollen diejenigen Seitwärtswender der Augen, deren Funktion für die mehr oder minder mangelnde Kopfbewegung eintritt, beständig „kontrahiert“ sein. Wenn wir davon absehen, daß eine die Schiefhaltung des Kopfes kompensierende Augenbewegung gar nicht von den Seitwärtswendern allein ausgeführt wird, so können sich die betreffenden Seitwärtswender selbstverständlich nicht ad maximum, sondern nur so weit zusammenziehen, als zur Geradestellung der Augen erforderlich ist, d. h. diejenigen Seitwärtswender, an deren Funktion im Gegensatz zu den „gedehnten“ Antagonisten gesteigerte Ansprüche gestellt werden, sollen insuffizient werden! A priori könnte man der Übung die gegenteilige Wirkung zuschreiben und allenfalls bei den Antagonisten, den „gedehnten“ Muskeln, deren Wirkungsrichtung der Seite des Schiefhalses entspricht, eine Insuffizienz vermuten.

Hübscher zieht aus seinen Beobachtungen die praktische Folgerung, daß bei hochgradiger Insuffizienz „unsere Heilversuche dadurch ungünstig beeinflußt werden könnten; in solchen Fällen werden die Patienten immer wieder ihren Kopf drehen, um dadurch den schwachen Muskeln zu Hilfe zu kommen und die Blickfelder nach der insuffizienten Seite hin zu vergrößern“.

Nach der Verff. Beobachtungen ist diese Möglichkeit gar nicht zu befürchten. Wenn sie aber bestände und die Kranken wirklich „ihren schwachen Augenmuskeln“ nach der Operation zu Hilfe kommen wollten, so würden sie natürlich nicht den Kopf in der Richtung des operierten Schiefhalses drehen, weil sie dadurch den Fehler nur schlimmer machen würden, sondern in der dem Postulate Hübschers und dem Schiefhalse entgegengesetzten Richtung, um die Augenmuskeln „der insuffizienten Seite“ zu entlasten.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach alledem kann also auch bei sehr starker Kopfneigung die Prognose quoad restitutionem nicht von dem Verhalten der Augenmuskeln abhängig gemacht werden. In dieser Beziehung ist ein Vergleich mit dem wirklichen okulären Schiefhals von Cuignet (1873) und Landolt (1890), dessen wesentliches Merkmal die erst bei Aufrichtung des seitwärts geneigten Kopfes zutage tretende oder zum mindesten zunehmende Vertikalabweichung der Augen ist, durchaus abzulehnen. Grätzer.

M. Lion (St. Petersburg), Über Arsenocerebrin, ein spezifisches Heilmittel gegen Epilepsie. (Ebenda.) L. wendet eine Kombination von Extract. cerebri und Natr. cacodylic. subkutan an und sagt über das Mittel:

1. Es ruft absolut keine schädlichen Nebenwirkungen und keine ernsten Folgen, selbst bei monatelangem Gebrauch, hervor. Also: Non nocet!

2. Die Wirkung tritt ziemlich schnell ein, oft schon nach einigen Tagen, gewöhnlich nach 2—3 Wochen. Nach 2—3 Monaten verschwinden die Anfälle gänzlich, und bei Behandlung während weiterer 3 Monate kehren sie nicht mehr zurück. Selbstverständlich gibt es Ausnahmen (sehr schwere oder veraltete Fälle, wo z. B. die erste Wirkung erst nach 2—3 Monaten eintritt und wo die Dauer der Kur sich auf 8—10 Monate verlängert). Ich kann mich aber solcher Fälle nicht erinnern, wo die Wirkung bei streng systematischer und ununterbrochener Behandlung gänzlich ausblieb. Da meine Erfahrung mit Arsenocerebrin jetzt auf mehr als 150 Fällen basiert und mit Extractum cerebri fast 600 Fälle umfaßt, so erlaube ich mir, meine Methode als eine spezifische anzusehen.

3. Obwohl ich neben Arsenocerebrineinspritzungen auch Bromide verabreiche, genügen hierzu ganz kleine Dosen von 1—2 g pro die. Die negative Seite einer systematischen Bromkur fällt also weg.

4. Endlich ist die Diät bei Arsenocerebrin die gewöhnliche Diät eines Nervenkranken. Es ist nicht nötig, Fleisch und Salz auszuschließen.

Was die Anwendungsweise und Dauer der Behandlung betrifft, so muß ich vorerst bemerken, daß eine schablonenhafte Behandlung hier — wie überall in der Medizin — nie zum Ziele führt und zu oft Enttäuschungen bringt. In mittleren Fällen ist die Dauer der Behandlung ungefähr auf 6 Monate zu berechnen, in leichten auf 3—4 Monate, in schweren auf 8—10 Monate; ich meine, bis völlige Sistierung der Anfälle eintritt.

Arsenocerebrin wird in Ampullen dargestellt, die 2,0 Flüssigkeit enthalten; darin ist schon die nötige Quantität von Arsen. Es werden je nachdem 3—6 mal wöchentlich je 1—2 Ampullen eingespritzt. In leichteren Fällen genügen gewöhnlich 3 Einspritzungen wöchentlich von je einer Ampulle. In schwereren Fällen mache ich jeden zweiten Tag eine doppelte Einspritzung (2 Ampullen auf einmal) und in den schwersten Fällen noch mehr. Sobald die Anfälle seltener und schwächer werden, wird die Dosis allmählich verringert.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Behandlung ist im allgemeinen leicht, muß aber systematisch und streng individualisierend ausgeübt werden! Grätzer.

F. Hamburger, Zur praktischen Diagnostik der Kinderpleuritis. (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 24.) Der interessante Artikel sei fast vollständig wiedergegeben:

„Es soll gleich vorweg genommen werden, daß der häufigste diagnostische Irrtum der ist, daß flüssige Pleuraexsudate für Lungeninfiltrate gehalten werden, und zwar gewöhnlich deswegen, weil die falsche Meinung viel verbreitet ist, daß Bronchialatmen für (akute oder chronische) Lungeninfiltration spreche und daß bei Pleuritis die Atmung immer abgeschwächt sein müsse. Vor diesem Irrtum kann gar nicht genug gewarnt werden. Freilich ist die Atmung in vielen Fällen von Pleuritis abgeschwächt, von Pneumonie laut bronchial, aber es ist auch oft genug das Gegenteil der Fall: bei Pneumonie kann die Atmung abgeschwächt, bei Pleuritis laut bronchial sein. Aus dieser erfahrungsgemäß sicher feststehenden Tatsache kann schon der sehr wichtige Lehrsatz abgeleitet werden: der Auskultationsbefund allein kann in vielen Fällen nicht die differentialdiagnostische Frage: Pleuritis oder Pneumonie? entscheiden.

Dagegen ist man in vielen, freilich nicht in allen Fällen mit den Resultaten der Perkussion imstande festzustellen, ob Pneumonie oder Pleuritis vorliegt. Man findet nämlich sehr häufig bei kleinen Kindern, daß in Fällen von Pleuritis die Dämpfung die ganze eine Brustseite einnimmt, was bei Pneumonie erfahrungsgemäß so gut wie nie vorkommt. Es spricht daher der Befund einer Dämpfung über einer ganzen Thoraxhälfte immer für Pleuritis, wenn auch die Atmung noch so laut bronchial klingt. Freilich spricht das Fehlen dieses Befundes nicht gegen Pleuritis, weil eben das Exsudat nicht die ganze Pleurahöhle auszufüllen braucht.

In solchen Fällen ist dann oft die Diagnose nicht ganz leicht, in seltenen Fällen überhaupt nur durch die Probepunktion zu sichern. Die pneumonische Infiltration ergreift gewöhnlich nur einen Lappen und reicht, wenn es sich um Unterlappenpneumonie handelt, nie weiter als höchstens bis zur vorderen Axillarlinie. Überschreitet die Dämpfung diese Linie, so handelt es sich meist um Pleuritis. In vielen Fällen, wo das Exsudat nur einen Teil der Pleurahöhle erfaßt, hilft der Auskultationsbefund wesentlich zur Sicherung der Diagnose, weil dann über der Dämpfung gewöhnlich deutlich abgeschwächtes Atmen vorhanden ist. In seltenen Fällen, besonders bei abgesackten Exsudaten, findet man aber auch lautes Bronchialatmen über der Dämpfung. Das ist wichtig zu wissen, weil man eben, wenn es sich um abgesacktes Empyen handelt, unbedingt operieren muß.

Wie schon erwähnt, hört man über pleuritischen Exsudaten oft auch lautes Bronchialatmen, besonders bei sehr großen Exsudaten, also gerade dann, wenn die ganze eine Thoraxseite gedämpften Perkussionsschall gibt. Das erklärt sich daraus, daß bei großem Exsudat die gänzlich komprimierte Lunge das Bronchialatmen aus Trachea und Bronchien unverändert an die ja an sich gut leitende Flüssigkeit weitergibt. Ist das Exsudat gering, die Lunge daher nur partiell

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

komprimiert, so leitet sie schlecht, und es kommt daher ein schon von vornherein abgeschwächtes Atmen an die Flüssigkeit, znmal ja in der wenn auch nur partiell komprimierten Lunge kein lautes Vesikuläratmen entstehen kann.

Das abgeschwächte Atmen bei Pneumonie ist nicht so selten und gewöhnlich durch Verstopfung eines Bronchus hervorgerufen.

Für die differentielle Diagnose, ob Pneumonie oder Pleuritis, kommen die feineren Perkussionsresultate praktisch nicht in Betracht. Die paravertebrale Dämpfung auf der gesunden und die paravertebrale Aufhellung auf der kranken Seite kommt nicht nur bei Pleuritis, sondern oft auch bei kompakter Pneumonie vor. Auch die Intensität der Dämpfung ist nicht immer mit Sicherheit zur Differenzierung zu verwenden. Kleine Exsudate geben geringe, kompakte Pneumonien geben intensive Dämpfung.

Das Verhalten des Stimmfremitus ist bei Kindern oft nicht zu prüfen, weil die Kinderstimme nicht tief genug ist, um leicht tastbare Schwingungen zu bewirken.

Das flüssige Pleuraexsudat enthält immer Serumeiweiß, Fibrin und Leukozyten. Die Leukozyten sind entweder polynukleäre und dann gewöhnlich in großen Mengen vorhanden, oder sie sind mononukleäre und dann gewöhnlich in geringer Zahl vertreten. Erstere Exsudate sind daher gewöhnlich schon makroskopisch eitrig, letztere gewöhnlich makroskopisch serös. Erstere sind gewöhnlich vom Pneumokokkus, seltener von einem anderen pyogenen Mikroorganismus, letztere gewöhnlich vom Tuberkelbazillus hervorgerufen. In seltenen Fällen enthalten makroskopisch seröse Exsudate polynukleäre Zellen, sind also mikroskopisch eitrig. Solche Exsudate können nach längerem Bestehen mehr polynukleäre Zellen enthalten, mit anderen Worten sie werden makroskopisch eitrig. Aus dem serösen Exsudat ist ein eitriges geworden. Das geschieht aber nur sehr selten. Die gewöhnlichen serösen, d. h. tuberkulösen Exsudate werden nie eitrig. Überhaupt ist das Thoraxempyem nie tuberkulöser Natur. Dagegen ist der Pyopneumothorax fast immer tuberkulösen Ursprungs. Daß die seröse Pleuritis gewöhnlich tuberkulösen Ursprungs ist, geht daraus hervor, daß fast alle, auch die kleinen Kinder mit seröser Pleuritis, positive Tuberkulinreaktion zeigen. Bei den wenigen tuberkulinnegativen serösen Exsudaten lassen sich dann gewöhnlich überwiegend polynukleäre Zellen finden, womit der pyogene Krankheitscharakter nachgewiesen erscheint.

Die differentialdiagnostische Entscheidung, ob eitriges oder seröses Exsudat, läßt sich mit Sicherheit nur durch Probepunktion entscheiden. Doch kann man in vielen Fällen die Diagnose auch schon vor der Probepunktion stellen. Die klinisch begründete Differentialdiagnose ohne Probepunktion darf nicht auf feine Auskultations- und Perkussionsdifferenzen (Münzenperkussion) rekurrieren, denn diese sind wertlos; aber auch das Verhalten des Fiebers, die Art des Krankheitsbeginnes kann keine sichere Aufklärung bringen. Denn sowohl das Empyem als auch die seröse Pleuritis können hochremittierendes Fieber, anderseits nur subfebrile Temperaturen zeigen. Beide Erkrankungen können plötzlich eintreten, aber auch sich langsam ent-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wickeln. Maßgebend für den Kliniker soll vor allem der Allgemeinzustand und dann die Anamnese sein. Beim Empyem findet man fast immer den pneumonischen Habitus, d. h. stöhnende, dyspnoische Atmung. Diese findet man bei seröser Pleuritis nur in den ersten Tagen, und nur dann, wenn die Erkrankung ziemlich plötzlich eingesetzt hat. Da läßt sich dann die Entscheidung oft nur durch die Probepunktion treffen. Beim Empyem findet man ferner in der Mehrzahl der Fälle eine pneumonische Anamnese, d. h. man hört bei genauerem Befragen oft, daß vor mehreren Tagen, Wochen oder Monaten eine Krankheit bestanden hat, die man nach den auch dem Laien geläufigen, daher anamnestisch eruierbaren Symptomen mit größter Wahrscheinlichkeit als Pneumonie auffassen darf. Man erhält diese Anamnese so oft, weil eben das Empyem in den meisten Fällen ein metapneumonisches ist.

Wie gesagt, gibt es immer noch genug Fälle, wo die Differentialdiagnose nur mit Hilfe der Probepunktion gestellt werden kann. Letztere muß in jedem Fall, wo man Empyem nicht mit Sicherheit ausschließen kann, gemacht werden, weil man durch eine eventuelle Operation heilen kann.

Bei Kindern mit gutem subjektiven Befinden kann man erfahrungsgemäß Empyem ausschließen. Besonders leicht wird ein chronisches Empyem für Tuberkulose gehalten: Die Kinder haben Husten, eventuell auch Nachtschweiße, remittierendes Fieber, Dämpfung und Bronchialatmen über einer Seite, sie magern ab, und doch handelt es sich da oft nicht um unheilbare Tuberkulose der rechten oder linken Lunge, sondern um ein unheilbares Thoraxempyem. Man denke überhaupt in allen Fällen von Lungenerkrankungen, die diagnostisch nicht zweifellos klar sind, an ein (freies oder auch abgesacktes) Pleuraexsudat und mache zur Sicherheit Probepunktion.

Die Probepunktion ist ein völlig harmloser, leicht auszuführender Eingriff, der aber doch recht oft schlecht gemacht wird. Erste Bedingung ist, daß die Spritze tadellos funktioniert, d. h. daß sie überall luftdicht schließt und eine scharfe Spitze hat. Man steche die Nadel an der gewünschten Stelle am oberen Rand der unteren Rippe ein. Man steche gleich ziemlich tief ein und warte nun, ob die Spritze bei der Atmung mitgeht oder nicht. Geht die Spritze mit, so ist das ein Beweis, daß die Nadel in der Lunge sitzt, und man darf dann den Stempel nicht zurückziehen, sondern man zieht dann die ganze Spritze langsam soweit zurück, bis sie bei tiefer Respiration unbeweglich bleibt. Erst dann ziehe man den Stempel, und zwar sehr langsam zurück und sehe, ob in die Spritze Flüssigkeit eindringt.

Bleibt die Nadel trotz tiefen Einstechens bei tiefer Respiration unbeweglich, so kommt das in den meisten Fällen daher, daß eben ein Exsudat vorhanden ist, das die Lungen von der Thoraxwand abdrängt; in seltenen Fälle kann aber auch die Spritze bei der Atmung deshalb unbeweglich bleiben, weil die Lunge mit der Thoraxwand durch Adhäsionen verwachsen ist.

In den meisten Fällen, wo die Probepunktion keine Flüssigkeit zutage fördert, ist auch kein Exsudat vorhanden. Es kommt aber, wenn auch selten vor, daß die Flüssigkeit so viel gallertiges Fibrin

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

enthält, daß die Spritzenöffnung dadurch verstopft wird. Mit dieser Möglichkeit muß man in Fällen, die klinisch ziemlich sicher als Empyem erscheinen, rechnen und möglichst dicke Kanülen zur Punktion verwenden.

Zum Schluß sei nochmals darauf hingewiesen, daß man immer versuchen soll, die Diagnose auch ohne Probepunktion zu stellen, und daß man besonders mit Hilfe der angeführten Symptome in den meisten Fällen das auch kann." Grätzer.

A. Mayr, Zur Beurteilung des Rumpel-Leedeschen Scharlachphänomens. (Aus der Heidelberger Univers.-Hautklinik.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 25.) Es wurden 100 Patienten untersucht, bei denen Scharlach nicht in Betracht kam.

Aus den Untersuchungen ergab sich, daß Hämorrhagiebildung nach Stauung am Oberarm nicht als pathognomonisch für Scharlach gelten kann, da ja auch bei verschiedenen Haut- und Geschlechtskrankheiten, und zwar besonders stark bei Lupus, Lues, Ekzem, Psoriasis und Gonorrhöe derartige Hämorrhagiebildung beobachtet werden konnte. Es soll damit selbstverständlich nicht abgelehnt werden, daß die Bedingungen für das Zustandekommen der Reaktion bei Scharlachkranken besonders günstig liegen. Grätzer.

A. Stern (Frankfurt a. M.), Zur Behandlung verkümmerter, hohler und wunder Brustwarzen. (Ebenda.) L. hat ein neues, pneumatisch sich festsaugendes Gummiwarzenhütchen konstruiert.

Der Apparat ist ca. 10 cm im Durchmesser groß und ganz aus Gummi, also auskochbar. Er besteht aus einem Gummikäppchen von Warzenform mit einer Gummirandung, welche den Warzenhof deckt, entspricht also soweit dem bekannten Gummiwarzenhütchen. Nahe an der Peripherie und rings an ihr entlang verläuft nun ein nach der Außenfläche konvexer ringförmiger Wulst, dem an der Innenfläche ein konkaver Hohlraum entspricht. Wenn man nun den Apparat auf die Brust aufsetzt, den Wulst mit den Spitzen mehrerer Finger eindrückt und langsam wieder losläßt, so entsteht im ringförmigen Hohlraum ein Vakuum und der Ring saugt sich luftdicht, schröpfkopfartig, auf der Brusthaut fest und bleibt unangehalten sitzen, Luftzutritt von unten ist ausgeschlossen. Der Saugring sitzt rings am Außenrande des Warzenhofes, also außerhalb des Bereiches der oberflächlich verlaufenden Milchkanäle. Durch diese ringförmige Halbrinne wird aber zugleich die Haut in einer kleinen Falte eingesaugt und auf diese Weise fest- und zurückgehalten, so daß die Warze nicht so tief und fest in das Käppchen hineingesaugt und hineingeklemmt werden kann. Die praktische Erfahrung hat denn auch folgendes ergeben: Das Hütchen sitzt auf Brüsten jeder Form und Konsistenz fest, bei kleinsten, selbst hohlen Warzen ist sofortiges Stillen ohne jede Vorbereitung der Mamilla ermöglicht. In solchen Fällen arbeitet sich die Warze im Verlaufe weniger Tage so heraus, daß sie weiterhin ohne jedes Hilfsmittel faßbar wird. Bei Fissuren an der Basis oder Seitenfläche der Mamilla, welche den Müttern das Stillen zur Höllenqual machen und zudem durch den psychischen Einfluß der Angst vor den Schmerzen beim Anlegen die Milchsekretion hemmen, werden

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Gebrauch dieses Hütchens die Schmerzen völlig beseitigt oder doch so herabgemindert, daß sie nicht zur Unterbrechung des Stillgeschäftes zwingen. Die Wunden heilen unter geeigneter Behandlung schnell ab, trotzdem weiter gestillt wird. Die Milchsekretion und Milchentleerung bleibt durch die Möglichkeit der direkten taktilen Reizung der Mamillen, die Schmerzlosigkeit und die psychische Beruhigung der Frau normal. Dem entsprechen die normalen, teilweise exorbitanten Gewichtszunahmen der Säuglinge, welche mit Benutzung dieses Hütchens gestillt wurden. Die Untersuchungen auf der geburtshilflichen Abteilung des Städt. Krankenhauses in Frankfurt a. M. und der Universitäts-Frauenklinik in Heidelberg ergaben — nach den üblichen Gewichtsabnahmen der ersten Tage — manchmal schon vom 4. Tage ab regelmäßige Zunahmen von 30—80 g pro die, ja bis 100, 130 und 150(!) g an einzelnen Tagen. Selbstverständlich liegt diese Zunahme nicht an dem Hütchen, diese Zahlen beweisen aber, daß Sekretion und Entleerung der Milch durch Benutzung des Hütchens nicht gestört wird, sondern sich in normaler Weise vollzieht. Über günstige Erfahrungen mit dem Hütchen berichten auch Prof. Finkelstein-Berlin, Czempin-Berlin, Zangemeister-Marburg, Winter-Königsberg, Fehling-Straßburg, Döderlein-München, Schneider (Klinik Krönig Freiburg).

Es ist nach dem übereinstimmenden Urteil aller Nachprüfer den bisher bekannten Modellen erheblich überlegen. Bei Erosionen auf der Spitze der Warze ist infolge des Luftzuges, welcher beim Saugen auf die Wundfläche wirkt, in vereinzelten Fällen der Schmerz nicht völlig zu beseitigen. Hier kann man durch Betupfen der Erosion mit Borkokainlösung und Wiederabtupfen mit Wasser vor dem Anlegen den Schmerz genügend abstumpfen.

Auf Kinderkliniken wird sich das Hütchen noch für solche Fälle als zweckmäßig erweisen, in denen kranke Flaschenkinder, welche an Gummisauger gewöhnt sind und deshalb schwer oder gar nicht an die Brust zu bringen sind, an die Amme angelegt werden sollen.

Sofortige Benutzung der Hütchen bei den ersten Andeutungen von Fissur oder Erosion wird der Verschlimmerung, eventuell der Mastitis, vorbeugen.

Das Hütchen wird mit 2 Größen des Warzenkäppchens, und zwar für normal große oder verkümmerte Warzen einerseits, und für außergewöhnlich große und dicke Warzen andererseits angefertigt (unter dem Namen „Infantibus". Preis: 2 Mk. Generalvertrieb: Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M.). Grätzer.

J. Ibrahim, Zur Technik der Photographie von Krankheitserscheinungen im Kindesalter. (Münch. med. Wochenschrift 1911. Nr. 26.) Wer Krankheitserscheinungen an kleinen Kindern photographisch festhalten will, muß Momentaufnahmen machen; ebenso gewähren nur diese die Möglichkeit, Bewegungsphänomeme zur Darstellung zu bringen. Zu Momentaufnahmen bedarf es aber der Helligkeit. I. hat in seinem Spital keinen Raum, der sich für Aufnahme von Momentbildern bei Tageslicht eignet.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es lag nahe, sich des Blitzlichtes zu bedienen. In der Tat kann man von vielen Krankheitszuständen bei Kindern mit den üblichen Blitzlichtmethoden ausgezeichnete Photographien erhalten, z. B. von Tumoren, gröberen morphologischen Veränderungen usw. Die Nachteile der üblichen Methoden liegen aber darin begründet, daß man im Dunkeln arbeiten muß, was viele Kinder wenig zu schätzen wissen und daß man nicht einen ganz bestimmten Moment abpassen kann, in dem das Kind z. B. gerade die gewünschte typische Bewegung ausführt. Auch ob es sich noch in der Ebene befindet, auf die man eingestellt hat, ist bei Kindern, die sich viel hin- und herbewegen, im Halbdunkel kaum zu beurteilen.

I.s Verfahren besteht nun darin, daß er genau im gleichen Augenblick den Momentverschluß des Apparates öffnet und das Blitzlicht aufleuchten läßt. Er benützt zu diesem Zweck eine der bekannten dreiteiligen Pustlampen, die so eingerichtet sind, daß durch ein Ballongebläse reines Magnesiumpulver durch vorher angezündete Spiritusflammen hindurchgeblasen wird.

Die Lampe wird so aufgestellt, daß die Flamme das Bild nicht beeinträchtigen kann und die gewünschte Beleuchtung zustande kommen muß; dann wird das Bild eingestellt, der Verschluß geschlossen, die Kassette eingesetzt und geöffnet und der Spiritus der Pustlampe in Brand gesteckt. Der Photographierende hält den Ballon des Magnesiumlichtgebläses in der einen, den Ball, der den Momentverschluß öffnet, in der anderen Hand und drückt die beiden Bälle gleichzeitig ab, sobald das Kind die gewünschte Stellung eingenommen hat, oder sobald die typische Bewegung oder was sonst abgebildet werden soll, sich gerade günstig präsentiert. Man kann unter Umständen mehrere Minuten ruhig zuwarten. Bei Kindern, die sich beständig hin und her bewegen, muß man sich natürlich merken, auf welche Ebene man eingestellt hat, und erst dann abdrücken, wenn sich das Kind wieder in der gleichen Ebene befindet. Das gleichzeitige Abdrücken der beiden Bälle macht keinerlei Schwierigkeiten; andere Formen von Momentverschlüssen, z. B. der vielverwandte Drahtverschluß, sind weniger geeignet oder erfordern größere Übung. I. hat in der Regel $^1/_{15}$ Sekunde Belichtungszeit gewählt; nur bei sehr blitzartigen Bewegungen des Kindes empfiehlt sich eine noch kürzere Belichtungsdauer. Hier muß dann die Lampe dem Objekt entsprechend näher gebracht werden.

Einen Hauptvorzug des Verfahrens erblickt I. darin, daß es bei jeder Beleuchtung, auch bei hellem Tageslicht, anwendbar ist. Daß dabei auf das Tageslicht und die Möglichkeit der Überbelichtung eventuell durch Verwendung von Blenden, durch Modifizierung des Entwicklers usw. Rücksicht genommen werden muß, ist selbstverständlich. Die ganze Vorrichtung kann auch sehr rasch neben jedem Krankenbett aufgestellt werden, so daß Krampfanfälle und derartige mehr oder weniger unvorhergesehene Krankheitserscheinungen von kurzer Dauer im Bilde festgehalten werden können.

Zum Schluß betont I., daß zum Photographieren kranker Kinder, speziell kranker Säuglinge, ein Apparat nur dann gut und rasch verwendbar ist, wenn er eine Vorrichtung besitzt, die eine Drehung der

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganzen Kamera um ihre horizontale Achse ermöglicht, wodurch eine Schrägstellung der Kamera erreicht wird. Das Objektiv ist dann mehr von oben auf das Kind gerichtet und das vereinfacht namentlich viele Säuglingsaufnahmen sehr erheblich. Mit Charniergelenk versehene Doppelböden, auf die die Kamera aufgeschraubt wird, sind zu diesem Zweck in größeren Geschäften wohl überall erhältlich und können an die meisten Apparate adaptiert werden. Freilich muß man bei solchen Schrägaufnahmen von oben her noch mehr als sonst darauf bedacht sein, unschöne und entstellende Verkürzungen und Verzerrungen zu vermeiden. Grätzer.

F. Göppert, Beitrag zur Therapie des Oberarmbruchs im Säuglingsalter. (Therap. Monatshefte, August 11.) Seit längeren Jahren wendet G. in allen diesen Fällen den Middeldorpfschen Triangel an.

Es wird aus gewöhnlichem, dünnem Eisenblech, der sich noch leicht unter den Händen biegt, nach Anpassung an der gesunden Seite hergestellt. Am stumpfen Winkel, der in die Ellbogenbeuge zu liegen kommt, füge man mit Heftpflaster einen Weinflaschenkork ein. An dem einen spitzen Winkel, der in die Achselbeuge eingefügt wird, tue man das gleiche oder bringe eine etwa ebenso dicke Rolle aus Watte und Heftpflaster an. Vorstehende Drahtenden umwickele man mit etwas Heftpflaster. Dann werden die 3 Flächen des Triangels mit 6—8 fachen Mullagen umwickelt, die mittels Mullbinden fixiert werden. Dieser kleine Apparat wird durch einige Heftpflasterstreifen, die jedoch nur bis zur Mittellinie des Stammes reichen dürfen, an der Thoraxwand fixiert. Der Oberarm des Kindes wird im unteren Drittel durch einen Heftpflasterstreifen festgehalten, der jedoch an der Haut nicht festzukleben braucht. Das Ankleben wird durch ein untergeschobenes Mulläppchen verhindert. Ein zweiter, jedoch festklebender Heftpflasterstreifen umgibt das distale Ende des Vorderarms.

Durch diesen einfachen Apparat wird der Arm sicher und doch lose genug fixiert, um ein leichtes Muskelspiel zu gestatten, was für die Schnelligkeit der Heilung von Vorteil sein dürfte. Die Lage des Armes ist bequem ohne Verbandwechsel zu kontrollieren. Dabei ist die Bewegung der einen Brusthälfte gar nicht, die der anderen nur unbedeutend erschwert, vor allen Dingen aber auch die Bauchatmung in keiner Weise gehemmt. Man kann das Kind bequem bewegen, auf den Bauch legen und, wenn nötig, therapeutische Hautreize anwenden. Bei gleichzeitiger Bronchitis dürfte dies von größter Bedeutung sein. Die Krückenlähmung ist nicht zu fürchten. Bei der Dicke, die in obigem Modelle dem Winkel, der in die Achselhöhle zu liegen kommt, gegeben wird, ist ein Eindringen desselben und damit ein Druck auf die Nerven ausgeschlossen. Um ein Schweißekzem der Achselhöhle zu vermeiden, kann man dieselbe außerdem durch ein mehrfach zusammengelegtes Mulläpchen polstern.

G. glaubt, diese Methode bei allen Oberarmbrüchen der Rachitiker, ferner bei Brüchen des mittleren Drittels des Oberarmes aller Art von Säuglingen als beste Methode empfehlen zu dürfen. Auch

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei dem typischen Oberarmbruch der Neugeborenen dürfte sie oft mit Vorteil anwendbar sein. Grätzer.

Prochownik (Posen), Ein tödlich verlaufener Fall von Naphthalinvergiftung. (Ebenda.) Ein 6jähriger Knabe bekam von P. wegen Oxyuren 10 Naphthalinpulver zu 0,25 g verordnet, mit der Anweisung, an 2 aufeinanderfolgenden Tagen je 4 Pulver und dann Rizinusöl zu nehmen.

Am 17. März wurde P. nachts zu dem Knaben gerufen; er hatte am 15. und 16. März je 4 bzw. 3 von den Pulvern erhalten. Die übrigen drei waren leider verbrannt, so daß eine Nachprüfung des Medikaments nicht möglich war. Der Knabe hatte in der Nacht gebrochen, war schwer zu ermuntern und warf sich unruhig hin und her. Der Puls war regelmäßig, ziemlich kräftig, 100 pro Minute. Die Milz war deutlich vergrößert und palpabel.

Da das Rizinusöl nur sehr unvollkommen gewirkt hatte, riet P., einen Einguß zu machen. Als er den Knaben am Morgen wiedersah, fiel sofort eine gelbliche Verfärbung der Skleren und der Haut auf. Der allgemeine Zustand hatte sich sehr verschlimmert. Er reagierte erst auf mehrfachen Anruf. Der Puls war klein und frequent, die Atmung sehr beschleunigt.

Eine nochmalige Darmspülung förderte reichlich feste Kotmassen, die mit den typischen Naphthalinplättchen durchsetzt waren, zutage. Der Urin wurde häufig und spärlich entleert und erinnerte in seiner Farbe an Kirschsaft. Er dunkelte beim Stehen stark nach. Er enthielt beim Kochen viel Eiweiß, das in schaumiger Masse an die Oberfläche stieg. Das Sediment bestand fast ausschließlich aus bräunlichen amorphen Massen; vereinzelt fanden sich Schatten roter Blutkörperchen.

Prof. Heß, den P. zuzog, stellte im Urin die Anwesenheit von Oxyhämoglobin und Methämoglobin fest. Exzitantien, Kochsalzinfusionen sowie Sauerstoffinhalationen zeigten keine Wirkung, so daß der Knabe in der Mittagsstunde unter den Erscheinungen der Herzlähmung und Atemnot verschied.

Die Sektion ergab ziemlich große persistierende Thymus, Milz- und Leberschwellung, geschwollene Mesenterialdrüsen. Die parenchymatösen Organe waren trüb geschwellt und dunkel verfärbt. Die Blase enthielt, trotzdem sie nach dem Tode entleert worden war, noch reichlich hämoglobinhaltige Flüssigkeit.

Die verabreichte Dosis von 1,75 g in 2 Tagen lag innerhalb der meisten Vorschriften.

Man könnte daran denken, ob nicht das Rizinus im vorliegenden Falle mehr als Lösungsmittel, denn als Abführmittel gewirkt hat und so eine unverhältnismäßig große Menge Naphthalin, das in Fetten und Ölen leicht löslich ist, zur Resorption brachte.

Jedenfalls wird es ratsam sein, an Stelle des Naphthalins ungefährlichere Präparate bei Wurmkranken anzuwenden. Grätzer.

Krusius, Schielen und Gesamtveranlagung. (Aus der Univers.-Klinik der Kgl. Charité in Berlin.) (Medizin. Klinik 1911. Nr. 26.) K. ist der Meinung, daß wir das Schielen als eine im ge-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wissen Sinne degenerative Erscheinung und als ein wichtiges Zeichen der körperlichen und seelischen Gesamtverfassung anzusprechen haben. Schielkinder zeigen z. B. oft genug Bettnässen, schlafen unruhig, fahren im Schlaf mit Schreien auf usw. Alles das weist auf eine psychopathische Konstitution hin. Man kann da 2 markante Typen unterscheiden: Kinder, die geistig zurückgeblieben, ja schwach idiotisch sind, und auffallend geistig entwickelte, „gereizt", intelligente Kinder. Bekannt ist, daß oft durch starke psychische Erregungen (Schreck) ein schon vorher in der Konstitution latent vorhanden gewesenes Schielen plötzlich zum Ausbruch kommt. Auch länger dauernde psychische Einwirkungen können dies bewirken, Ermüdungen z. B. im Beginne der Schule. Desgleichen körperlich schwächende Momente (Infektionskrankheiten).

Daraus ergeben sich wichtige therapeutische Indikationen. Zurückgebliebene Kinder müssen in ihrer Entwickelung möglichst gefördert werden. Eventuell ist bei Aprosexia nasalis Polypenexstirpation notwendig. „Gereizte" Kinder erfordern psychisch-pädagogische Maßnahmen neben psychischer Hygiene: Eindämmung vorhandenen Ehrgeizes, Regelung der Nahrung und des Schlafes, Vermeidung von Übermüdungen; event. Entfernung aus dem Hause, See- oder Landaufenthalt. Bei Infektionskrankheiten ist die Nachkur besonders zu berücksichtigen. Grätzer.

Valerian Thom, Beitrag zur Gelenkmobilisation (Interposition eines frei transplantierten Faszienstreifens bei knöcherner Ankylose des Ellbogengelenks.) (Zeitschr. f. Chir. Bd. 108. Heft 3—4. S. 424.) Es handelt sich in dem von T. mitgeteilten Falle um einen 11jährigen Knaben mit einer wahrscheinlich traumatisch entstandenen, vollkommen knöchernen Ankylose des Ellbogens, die durch Interposition von einem frei transplantierten Faszienstück (aus dem rechten Oberschenkel) mobilisiert wurde. Trotz Mangels einer systematischen mediko-mechanischen Nachbehandlung ist die Beweglichkeit im Laufe der Zeit immer besser geworden. 12 Monate nach der Operation ist die Beweglichkeit um 55° möglich.

Joachimsthal.

E. Axisa (Alexandrien), Die Amöbendysenterie. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 16. S. 6.) Die anatomischen Prozesse dieser Erkrankung, die entweder am Einzelfalle kombiniert oder isoliert vorkamen, sind dreifache: 1. eine katarrhalische oder hämorrhagisch-katarrhalische Entzündung der Schleimhaut; 2. ein Ulzerationsprozeß in der Submucosa; 3. entzündliche Vorgänge in den Darmwandungen, welche zur Hypertrophie oder Hyperplasie der Darmwandungen führen.

Die allgemeinen Symptome setzen sich aus Fieber, dem sich bei Mischinfektionen Delirien, Kopfweh, Schüttelfröste zugesellen, Schmerzhaftigkeit des Abdomens, besonders Druckempfindlichkeit des Colon descendens zusammen. Die Stühle sind sehr häufig, bis zu 100 mal, von schleimig-eitriger, blutiger Beschaffenheit, je nach dem momentanen anatomischen Prozesse. In den schwersten Fällen der ulzerösen Form verschwinden im Höhestadium aus den Entleerungen fäkulente Bestandteile vollkommen.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Außer Abortivfällen gibt es eine akute Form, eine subakute, bei der man zwischen hämorrhagisch-katarrhalisch, ulzeröser und einfacher hämorrhagisch-katarrhalischer unterscheiden muß, und eine chronische.

Die Diagnose muß durch mikroskopische Untersuchung der Fäzes sichergestellt werden. Bei der Behandlung hat sich im akuten, ulzerösen Stadium den anderen medikamentösen Methoden, die von Mongeot eingeführte „Kossam"behandlung überlegen gezeigt. Die Wirkung ist eine hämostatische und direkt die Amöben schädigende. Näheres im Original. (Samenkörner von „Bruca Sumatrona", einer Simarubea. Verordnung in Tabletten, 8 Stück pro die).

Nothmann (Wilmersdorf).

F. Ehrlich, Fibrolysininjektionen zur Behandlung von Nabel- und epigastrischen Hernien. (Arch. f. Verdauungskrankh. 1911. Bd. 17. H. 1.) E. führt die Beschwerden, die von kleinen Nabel- und epigastrischen Hernien ausgehen, auf Verwachsungen zurück, die zwischen der Bruchpforte und der Umgebung bestehen. Die Wirksamkeit des Heftpflasterverbandes ließe sich dann so erklären, daß die Ränder der Bruchpforte nach der Bauchhöhle zu umgekrempelt einander genähert werden, wodurch eine Entspannung der Adhäsionen zustande kommt.

Wenn diese Erwägungen richtig sind, dann müßten nach E.s Anschauungen andere Maßnahmen, die die Adhäsionen lösen, die Hernienträger beschwerdefrei machen. Er versuchte daher, durch Fibrolysininjektionen die Adhäsionen zum Schwinden zu bringen.

Er behandelte 4 Patienten mit sterilisiertem Fibrolysin v. E. Merck, das er in Ampullen zu 2,3 ccm bezog. Die Lösung wurde an beliebiger Stelle tief in die Bauchmuskeln injiziert und dann wegmassiert. Die Injektion geschah teilweile täglich, teils mit 1—3 Tagen Zwischenraum.

Die Erfolge waren folgende:

1. Nach der 4. Injektion schmerzfrei, bisher geblieben. Im ganzen 10 Injektionen.
2. Nach der 5. Injektion schmerzfrei. 9 Injektionen Dauerheilung.
3. Seit Beginn der Injektionen kein Schmerzanfall mehr. Dauerheilung.
4. Nach der 5. Injektion beschwerdefrei. Dauerheilung.

Nothmann (Wilmersdorf).

E. Kehrer (Heidelberg), Über kongenitale Defekte am Schädel infolge amniotischer Verwachsungen. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31. H. 2.) K. schildert nach Aufzählung ähnlicher Fälle aus der Literatur folgende eigene Beobachtung: Weibliches, spontan geborenes Kind, im allgemeinen normal entwickelt, weist zwischen Tubera parietalia und Sutura sagittalis auf der Höhe des Scheitels an symmetrischen Stellen tiefe, unregelmäßig begrenzte Defekte auf. Diese reichen durch Haut, Galea, Periost und Knochen bis auf die Hirnhäute, so daß in der Tiefe das Gehirn mit seinen Windungen sichtbar, seine Pulsation deutlicher als über der großen Fontanelle fühlbar wird. Die Ränder der Defekte sind leicht wallartig erhaben und mit Borken von ziemlich frisch geronnenem, schwarz-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rotem Blute bedeckt; durch eine Zone von rosafarbenem, offenbar narbigem Gewebe grenzen sie sich gegen die behaarte Kopfhaut ab. Dicht vor der großen Fontanelle findet sich ein ähnlicher, aber kleinerer und ganz oberflächlich gelegener Hautdefekt, unter dem die normal weite Sutura frontalis und die benachbarten Knochen fühlbar sind. Am 12. Tage wird das Kind gesund (?) aus der Klinik entlassen. Die Weichteilwunden sind nahezu überhäutet, noch mit Borken bedeckt, aber der große Knochendefekt zwischen beiden Parietalhöckern ist bei der Betastung noch deutlich nachweisbar. K. gibt dann ein Bild dieser Anomalie aus der vorhandenen Literatur und bespricht ihre Ätiologie; hinsichtlich dieser Schilderung, die mehr theoretisches als praktisches Interesse bietet, sei auf das Original verwiesen.

Wegscheider.

Kutoirt, Über das Gehör Neugeborener und Säuglinge. (Passows Beitr. Bd. 4. S. 166.) Die Ansichten über das Gehör Neugeborener gehen bis in die letzte Zeit stark auseinander. K. untersuchte im ganzen 229 Kinder. 61 davon waren im Alter von $^1/_2$—24 Stunden. Meist wurde jedes Kind in Intervallen mehrere Male untersucht. Zur Hörprüfung wurden massive Stimmgabeln, und zwar c^1, c^2, c^3, c^4, c^5 und Edelmannsche Galtonpfeifen verwandt. Er kommt zu dem Resultat, daß etwa die Hälfte der Neugeborenen schon in den ersten 24 Lebensstunden auf die mit dem Perkussionshammer zum Tönen gebrachte Stimmgabel c^1, und ein Viertel auf c^2 reagierte. Die Herabsetzung der Gehörschärfe ist teils durch mechanisch-anatomische Hindernisse, teils durch pathologische Zustände bedingt. Bei gesunden Kindern nimmt das Gehör schnell zu, bei Kranken bessert es sich langsam.

A. Sonntag (Berlin).

Lutz, Über eine Familie mit hereditärer familiärer Chorio-Retinitis. (Aus der Univ.-Augenkl. Breslau.) (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Mai—Juni 1911.) Von 9 Kindern (worunter 6 Mädchen) sind 4 der Mädchen erkrankt. Das Leiden begann bei allen im 11.—12. Jahre plötzlich mit rapidem Sinken der Sehschärfe, die nach einigen Monaten zum Stillstand kam; dann keine wesentliche Änderung mehr. Keine Schmerzen, Metamorphopsie usw.

Das Krankheitsbild ist recht selten.

Die beschriebene Familie hat mit der Doyneschen gemeinsam die Beschränkung auf den hinteren Pol und das ophthalmoskopische Bild. Sie unterscheidet sich von ihr durch den späteren Beginn, durch das plötzliche Sinken der Sehschärfe und das Fehlen einer Opticusatrophie.

Sommers (Zittau).

Peters, Zur Kenntnis der kongenitalen Hornhauttrübungen. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Juli 1911.) P. ist Gegner der v. Hippelschen Lehre vom Ulcus corneae internum und hält nach wie vor derartige Befunde — wohl mit Recht — nicht für Entzündungsfolgen, sondern für kongenitale Mißbildungen nicht entzündlicher Natur.

Sommers (Zittau).

Reitsch, Eine persistente Ringtrübung nach Keratitis parenchymatosa centralis annularis. (Klin. Monatsblätter f.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Augenheilk. Juli 1911.) Die Bildung ringförmiger Infiltrate bei der parenchymatösen Keratitis ist relativ häufig beobachtet. Der Ring pflegt jedoch nach längeren Wochen vollständig zu verschwinden, und dann ist die Hörhautinfiltration von jeder anderen parenchymatösen Keratitis nicht mehr zu unterscheiden.

R. berichtet von einer Keratitis centralis annularis bei einem jungen Mädchen, bei dem die Ringform auf beiden Augen dauernd bestehen blieb.

Der Fall ist wohl der erste in der Literatur beschriebene.

Sommers (Zittau).

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Hedwig Donath, Über die therapeutische Anwendung des Phytinum liquidum in der Kinderheilkunde. (Aus der Kinderabteilung des K. K. Kaiser-Franz-Joseph-Spitals in Wien.) (Wiener klin. Wochenschr. 1911. Nr. 33.) D. verwendete bei ihren Versuchen ausschließlich Phytin. liquid., das neutrale Phytinsalz im letzten Stadium der Fabrikation, aus dem das pulverförmige Phytin erst gewonnen wird. — Der Versand erfolgt in sterilen Originaltropffläschchen zu 20 g für 1 M. 20 Pf., d. i. 1 K 50 h.

Dosis:

Kinder bis zu	6 Monaten	dreimal	täglich	5	Tropfen
„ „ „	12 „	„	„	10	„
„ von 1 bis	6 Jahren	„	„	15	„
„ über	6 Jahre	„	„	20	„

Nach kontinuierlicher Verabreichung der entsprechenden Dosis durch 14 Tage wurde immer eine Pause von 3 Tagen eingeschoben.

Das Phytin erwies sich als kräftiges appetitanregendes Mittel bei Lungentuberkulose, organischen und funktionellen Nervenkrankheiten, Purpura, Rachitis, Dyspepsie.

Die Erklärung der appetitanregenden Wirkung wurde erbracht durch den Nachweis der Magensekretionsvermehrung nach Phytineingabe bei Pawlowfistelhunden. Grätzer.

E. Feer, Gibt es eine erschwerte Zahnung als Krankheitsursache im ersten Kindesalter? (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte 1911. Nr. 25.) F. leugnet jeglichen Einfluß der Zahnung auf die Erkrankungen des Kindes. Er zeigt, daß alles, was dem Zahnen in die Schuhe geschoben wird, mit diesem nichts zu tun hat, kurz daß es keine Zahnkrankheiten gibt. Grätzer.

J. M. Gill, Congenital Heart-Block. (Australasian Med. Gazette June 1911.) Die Patientin war 3 Jahre alt, und obwohl klein für ihr Alter, war ziemlich wohl genährt. Sie konnte stehen, aber nicht gehen. Ihre Wangen waren bläulich-rot. Der Leib war aufgetrieben, die Leber allgemein vergrößert, aber nicht schmerzhaft. Der Puls war vollständig regelmäßig, 49—50 per Minute. Keine

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sichtbare Pulsation der Venen am Halse. Präkordiale Pulsation nicht merklich verändert. Perkussion ergab erweiterte Dämpfung nach oben. Die Herzgeräusche waren normal. Das Atmen stieg auf 50 per Minute und war hin und wieder seufzender Natur.

G. sah das Kind 2 Jahre später, und fand, daß es sich sehr langsam entwickelte. Das Herz war erheblich vergrößert, so daß die Präkordialpartie sich hervorwölbte. 5 Monate später erkrankte das Mädchen an Tonsillitis, mit etwas Fieber (101° F) und Erhöhung des Pulsschlages (64). Es schien besser des Morgens und war imstande umherzulaufen. Es starb jedoch plötzlich denselben Nachmittag. Keine Obduktion. Sheffield.

A.-B. Marfan (Paris), Le gros ventre flasques des nourrissons. (Archives de médecine des enfants, 1911. Nr. 8.) Die Vergrößerung des Bauches ist im Säuglingsalter eine sehr häufige Erscheinung, die verschiedene Ursachen haben kann und unter verschiedenen Formen auftritt. Unter letzteren ist die häufigste der sogenannte „große schlaffe Bauch" („gros ventre flasque"), auf welchen M. bereits im Jahre 1895 aufmerksam gemacht hat und dessen anatomisches Substratum eine Verlängerung des Darmes und eine Erschlaffung der Bauchwand darstellen. Ganz verschieden von demselben ist der große tympanitische Bauch, dem man ebenfalls häufig im Kindesalter begegnet. Um zur Diagnose derselben gelangen zu können, muß man durch Palpation, Perkussion und eventuell durch Radiographie einen Bauchtumor, Aszites, eine Vergrößerung der Leber, oder Milz ausschließen können.

Der große tympanitische Bauch des Säuglingsalters ist durch seine Spannung, seine Härte und seine besondere Sonorität bei der Perkussion ausgezeichnet. In den meisten Fällen muß der Ausgangspunkt dieser Erscheinung in einer Hyperämie der Darmwand gesucht werden, wodurch es zu einer Vergrößerung des Kalibers und einer abnormen Tension derselben kommt. Akute und chronische Diarrhöen, Peritonitis, Luftschlucken und Zurückhalten der Darmgase infolge einer Atonie der Darmmuskulatur derartige Erscheinungen hervorrufen.

Der große schlaffe Bauch ist von dem tympanitischen vollkommen verschieden; er ist weich, leicht eindrückbar, froschbauchartig. Da er oft bei rachitischen Kindern anzutreffen ist, so trägt er dazu bei, den unteren Teil des Brustkorbes zu erweitern und die letzten Rippenknorpel nach außen zu biegen. Perkutorisch findet man einen dumpfen tympanitischen Schall, oft Schwappen und Gurren. Die Bauchwand ist weich und leicht eindrückbar, in manchen Fällen besteht eine mittlere oder seitliche Eventration, auch Nabelbrüche kommen bei derartigen Kindern nicht selten zur Beobachtung.

Die meisten Fälle von großem schlaffen Bauche entwickeln sich auf Grund einer rezidivierenden katarrhalischen Gastroenteritis oder einer Dyspepsie mit wiederholtem Erbrechen. In anderen Fällen geht die Entwicklung einer Dyspepsie und des in Rede stehenden großen Bauches parallel, ohne daß ernste und andauernde Verdauungsstörungen vorangegangen wären. Die dyspeptischen Störungen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bestehen hauptsächlich in mangelhaftem Appetit abwechselnd mit Perioden von Heißhunger und in mehr oder minder starker Verstopfung, und dieselben bleiben bestehen, solange der große schlaffe Bauch besteht, und seine Dauer ist oft eine sehr lange. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß die erwähnten Bauchveränderungen und dyspeptischen Erscheinungen ein Attribut des Rachitismus sind. Dieselben beruhen, wie sich M. bei der Sektion derartiger Kinder überzeugte, auf einer Verlängerung des Darmes um $^1/_3$—$^1/_2$ der normalen Länge, und zwar ist daran nicht nur ein Teil, sondern der ganze Darm beteiligt. Mikroskopisch findet man keine konstante Läsion der Darmwand, ausgenommen eine Verdünnung der Darmwand, welche manche Abschnitte desselben und hauptsächlich den Dünndarm befällt. Die Verlängerung des Darmes würde also auf eine Atonie der Darmmuskulatur zurückzuführen sein, analog mit der atonischen Dilatation des Magens, welche man meistens gleichzeitig vorfindet. Auch die Erweiterung des Bauches hat ihren Grund in einer derartigen Atonie, was erklärlich ist, falls man derartige Atonien als eine Begleiterscheinung des Rachitismus betrachtet, wie sie auch mit als Grund für das späte Gehen derartiger Kinder angenommen werden müssen.

Der Verlauf des großen schlaffen Bauches ist an denjenigen des Rachitismus gebunden. Er tritt beiläufig zur selben Zeit wie die Knochenveränderungen auf und hauptsächlich nach dem 6. Lebensmonate, und kann Monate und Jahre andauern. Die Behandlung des großen schlaffen Bauches ist diejenige des Rachitismus. Die Behauptung mancher Autoren, daß es sich bei demselben um Darmerweiterung infolge von verschluckter Luft handeln kann, wie sie bei ungenügend genährten Kindern beobachtet werden kann, ist nicht stichhaltig, denn man kann die betreffende Bauchveränderung auch bei solchen Kindern beobachten, die eine quantitativ genügende Nahrung erhalten, und andererseits bei ungenügend ernährten Kindern kann durch genügende Nahrungszufuhr der große Bauch nicht wieder normal gemacht werden, wie dies von den betreffenden Autoren behauptet worden ist. **E. Toff (Braila).**

E. Plauchu et **Robert Rendu** (Lyon), Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation. (Archives de médecine des enfants 1911. Nr. 8.) Die von Fabre in Lyon angegebene Methode der Zentrifugierung der Frauenmilch ist für klinische Zwecke am praktischsten und haben die Verff. dieselbe auch in Anwendung gezogen, um eine große Anzahl von Milchuntersuchungen bei verschiedenen Frauen während längerer Zeit, zu verschiedenen Tageszeiten und unter verschiedenen Umständen anzustellen. Zur Benutzung kam eine elektrische Zentrifuge, welche 3000 Umdrehungen in der Minute machte, und eine große Anzahl von Untersuchungen wurde durch chemische Analysen nach der Methode von Adam kontrolliert. Es wurde hauptsächlich die Buttermenge in Betracht gezogen und gelangten die Verff. zu folgenden Schlüssen.

Es hat sich vor allem gezeigt, daß eine einzige Analyse nicht genügt, um sich über den Fettgehalt einer Milch ein genaues und

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

richtiges Urteil zu bilden, und daß hierzu mehrere Untersuchungen (Serienuntersuchungen) notwendig sind. Tatsächlich fand man bei denselben Frauen Mengenunterschiede, die nicht selten sich wie 1:3 verhielten. Ferner hat es sich gezeigt, daß man die Untersuchungen vorteilhafter am Anfang eines Säugeaktes ausführen kann.

3450 Analysen mittels der Zentrifuge haben gezeigt, daß die mittlere Buttermenge pro Liter Frauenmilch 34 g beträgt, während bei 110 chemischen Analysen dieselbe 40 g betrug. Die extremen Ziffern, welche im Laufe dieser Untersuchungen gefunden wurden, waren 5 g, 50 und 164 g.

Vorhergehende Schwangerschaften beeinflussen wenig den Fettgehalt der Milch, höchstens kann gesagt werden, daß bei Zweitgebärenden die Milch weniger Butter enthält als bei Erst- und Drittgebärenden. Das Alter, die Ernährung und sogenannte galaktogene Medikamente haben kaum irgendwelchen Einfluß auf die Zusammensetzung der Milch.

Hingegen scheinen 4 Faktoren in konstanter Weise die Buttermenge der Milch zu beeinflussen: 1. Die Milchquantität. Je mehr Milch eine Frau hat, desto butterärmer ist dieselbe. 2. Die Morgenmilch ist fettreicher als die Abendmilch. 3. Am Anfang des Säugeaktes ist die Milch fettärmer, als am Ende desselben. 4. Bei ungleichen Brüsten sezerniert die kleinere Brust eine fettreichere Milch.

E. Toff (Braila).

Georges Railliet, Les vers intestinaux dans la pathologie infantile. (Thèse de Paris. 1911.) Eine große Anzahl von krankhaften Erscheinungen ist bei Kindern durch das Vorhandensein von verschiedenen Darmparasiten hervorgerufen. R. hat bei 261 Kindern diesbezüglich genaue Untersuchungen angestellt und gefunden, daß 64 % Darmparasiten beherbergen. In Paris kommt am häufigsten Trichocephalus vor, weniger häufig Oxyuris und seltener Ascaris, während dieser auf dem flachen Lande eine viel größere Verbreitung hat. Anchylostomum und Bothriocephalus findet man nur ganz ausnahmsweise bei Kindern.

Die Symptome, welche durch Darmwürmer hervorgerufen werden, sind hauptsächlich nervöser Natur: Konvulsionen und verschiedenartige Neurosen; auch eine sogenannte Pseudomeningitis verminosa kann zur Beobachtung kommen, und die Prognose derselben ist eine gute. Des weiteren findet man Störungen an den Augen, der Haut, in der genitalen Sphäre und verschiedene Magendarmerkrankungen, welche hauptsächlich durch Bandwürmer hervorgerufen werden und verschiedene Erkrankungen des Verdauungsapparates vortäuschen können.

Vorübergehende und lange andauernde Fieber kommen ebenfalls sehr oft zur Beobachtung, ebenso auch mehr oder weniger schwere Anämien. Durch Bothriocephalus können auch perniziöse Anämien zur Entwicklung gelangen.

Darmverschließungen und -perforationen können durch Spulwürmer hervorgerufen werden, hingegen ist es noch nicht festgestellt worden, ob Darmparasiten bei Kindern Entzündungen des Wurmfortsatzes bewirken können. Jedenfalls ist das Vorfinden von Oxyuris

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in diesem Darmteile ein Reiz, welcher um so ernster ist, als die therapeutischen Maßnahmen den hier befindlichen Parasiten nicht töten können.

Die Wanderungen der Darmparasiten können zu ernsten Erscheinungen Veranlassung geben; dieselben können in die Ausführungsgänge der Leber und des Pankreas, sowie auch in die Luftwege eindringen, wo sie auch zu tödlichen Erstickungsanfällen Veranlassung geben können. Plötzliche auf Helminthen zurückzuführende Todesfälle sind ebenfalls beschrieben worden.

E. Toff (Braila).

Nobécourt und **Tixier**, Die Behandlung der angeborenen Hämophilie und der Purpura mit Injektionen von Pepton Witte. (Gaz. des hôp. 1911. Nr. 6.) Die modernen hämatologischen Forschungen haben Veränderungen der Blutgerinnbarkeit bei gewissen hämorrhagischen Zuständen gezeigt. Aus diesem Nachweis hat sich eine pathogenetische Therapie ergeben, die man mit den Calciumsalzen der Gelatine, dem Serum und schließlich mit dem Witteschen Pepton verwirklicht hat. Letzteres ist in die Therapie der angeborenen Hämophilie der Purpura von Nolf und Herry eingeführt worden. Ganz schnell in eine Vene eingespritzt, macht es das Blut ungerinnbar; langsam in eine Vene oder, was auf das gleiche herauskommt, unter die Haut gespritzt, erzeugt es eine abundante Sekretion von Thrombozym und erhöht die Gerinnungsfähigkeit des Blutes.

N. und T., die das Pepton mit Erfolg bei mehreren Hämophilen und Purpurakranken angewandt haben, beschreiben die Technik folgendermaßen: Man bereitet folgende Lösung: Pepton Witte 5,0, Chlornatrium 0,5, Aq. dest. 100,0. Die in der Kälte trübe Flüssigkeit klärt sich beim Aufkochen unter Flockenbildung auf. Man filtriert heiß und sterilisiert bei 120°. Die so erhaltene Lösung muß ganz klar sein. Sie läßt sich auf subkutanem und rektalem Weg anwenden, der subkutane ist der gebräuchlichste und wirkungsvollste. Nolf und Herry injizieren Dosen von 10 und 20 ccm, selbst Kindern von 6—8 Jahren; in der Mehrzahl der Fälle von Purpura genügten ihnen eine oder zwei Injektionen; bei einem ihrer Hämophilen mußten sie dieselben alle 2 oder 3 Tage wiederholen.

N. und T. verwenden im allgemeinen schwächere Dosen: bei Kindern von 9—10 Jahren beschränkten sie sich, nachdem sie zuerst 6—7 ccm injiziert haben, in der Folge auf Gaben von 3 oder 4 ccm, die sie für ebenso wirksam halten. Bei den Blutern empfiehlt es sich, Serien von 3 oder 4, alle 2—3 Tage wiederholten Einspritzungen zu machen und zwischen jeder Serie eine Pause von 3 oder 4 Wochen einzuschieben.

Bei der Purpura wiederholt man die Injektionen täglich oder aller 2 Tage nach den Indikationen; drei oder vier höchstens sind im allgemeinen nötig; je nachdem greift man später darauf zurück.

Die intrarektalen Injektionen von 10 ccm bei Kindern, von 20 ccm bei Erwachsenen sind vielleicht von Nutzen zur Fortführung der Wirkung subkutaner Injektionen, aber sie scheinen ungenügend zu sein, wenn man sich im Beginn der Behandlung an sie wendet; bei einer jungen Frau, die seit mehreren Monaten Hämaturie, Melaena

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Petechien hatte, konnten die intrarektalen Injektionen die Wiederkehr der Darmblutungen nicht hindern. — Im übrigen wird die Technik der Peptonbehandlung endgültig erst nach neuen Erfahrungen fixiert werden können, und ihre Präzisierung ist wichtig, denn die Peptoninjektionen können mehr oder weniger lebhafte Reaktionen des Organismus hervorrufen.

Diese Reaktionen sind lokaler und allgemeiner Art. Lokal hat man Dosen von 6 oder 7 ccm heftige Schmerzen in dem injizierten Körperteil folgen sehen, von 3—4 ccm dagegen nicht. Als Allgemeinerscheinungen konstatiert man Fieber, Frösteln, Kopfschmerz, Nausea, Erytheme. Im allgemeinen aber haben diese Reaktionen keinen ernsten Charakter, sie sind vorübergehend und sollten die Fortsetzung der Behandlung nicht unterbrechen. Ihr Vorkommen soll nur in der Anwendung großer Dosen vorsichtig machen, die im übrigen nicht nötig sind. H. Netter (Pforzheim.)

A. Moussons, Anasarque chez une fillette de trois ans et demi. (Province médicale 1908. Nr. 3.) Wir haben es in der mitgeteilten Beobachtung mit einem typischen Fall von essentiellem Anasarka zu tun. Es handelt sich um ein Mädchen, das dem Hospital zugeführt wurde 4 Tage nach Beginn der Erscheinungen, die plötzlich eingesetzt hatten. Bei der Aufnahme waren nicht nur Gesicht und Glieder, sondern auch der Rumpf der Sitz eines weichen, blassen Ödems. Nur ein ganz leichter Grad von Aszites war außerdem noch vorhanden, Pleura und Perikard dagegen schienen frei von Erguß zu sein. Mit Beginn der Erkrankung hätte die Urinentleerung aufgehört. Aber am Tage des Eintritts wurden wenige Tropfen Urin entleert, die nicht aufgefangen werden konnten. In der Folgezeit blieb jede Urinentleerung 3 Tage hintereinander unterdrückt, ohne daß sich Zeichen einer Urinretention in der Blase hätten finden lassen.

Unter dem Einfluß von Wasserdiät, Theobromin und Blutegeln in der Lendengegend retablierte sich die Diurese am 4. Tag. Die sofortige Prüfung der wenigen Gramm Urin ergab nicht eine Spur Eiweiß, und ebenso war es mit dem in den nächsten Tagen in sehr geringer Menge abgesonderten Urin. Erst 8 Tage später wurde zum erstenmal Eiweiß gefunden, 38 cg. Diese Albuminurie nahm ab und verschwand dauernd nach 4 Tagen. Die Prüfung auf Zylinder, stets parallel mit derjenigen auf Eiweiß vorgenommen, war immer negativ. Die Harnstoffmenge, bei der ersten Analyse, betrug 5,5 g, diejenige der Salze 2,50 g.

Während der Periode der Anurie zeigte das Kind weder Myosis noch Sehnenhüpfen. Weit entfernt, unruhig zu sein, erschien es vielmehr schläfrig. Diese Prostration fiel übrigens mit dem Fieber zusammen, das die 3 ersten Tage zwischen 38 und 38,5 sich bewegte, um nach seinem Verschwinden am 6. Tag von neuem aufzutreten und dann überhaupt ganz wegzubleiben.

Eine subkutane Injektion einer Methylenblaulösung zeigte, daß die Ausscheidung $^1/_2$ Stunde nach der Injektion begann und während der 10stündigen Dauer ein Maximum in der 3. Stunde erreichte.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mit der Wiederkehr der Urinentleerung begann, selbst bei der ganz minimalen Menge Harn, die zunächst ausgeschieden wurde, das Ödem zu schwinden, erst langsam, dann immer stärker. Einen Monat später war das Anasarka völlig verschwunden, und wenige Tage danach verließ die Kranke das Hospital geheilt.

Woher kam das Anasarka? Nach dem Ergebnis der Untersuchung war eine Scharlachnephritis auszuschließen, das Fehlen von Zylindern widersprach der Annahme einer sekundären Nephritis. Die Albuminurie von der Dauer nur weniger Tage mußte nach M.s Ansicht einer sekundären Läsion der Nieren zugeschrieben werden. Eine Alteration des Herzens war auch nicht zu beschuldigen, und das klinische Bild entsprach nicht demjenigen der Quinckeschen Angioneurose.

M. ist der Ansicht, daß wie in allen bisher publizierten Fällen, so auch in den seinigen, das Anasarka betrachtet werden muß als Abwehrmaßregel des Organismus gegen irgendwo als lokalisierte Infektion. Er nimmt an, daß es sich in all diesen Fällen um eine unbekannte Infektion handelt, die wahrscheinlich im subkutanen Gewebe lokalisiert ist und, sei es durch Mikroorganismen, sei es durch deren Toxine eine Exsudation von bakteriziden Serum hervorruft.

H. Netter (Pforzheim.)

Cantacuzène, Inokulation des Scharlachs bei niederen Affen. (Compt. rend. Soc. de Biol. 1911. 18. März.) Dem Bukarester Forscher ist es gelungen, bei 4 Affen (Macacus rhesus, M. Sinensis, Cercopithecus cephus, C. griseo-viridis) durch Inokulation von Blut, das Scharlachkranken in den ersten Stunden der Eruption entnommen worden war, das typische Bild des Scharlachs zu reproduzieren.

Nach einer verschieden langen Inkubationszeit (von 5—37 Tagen) steigt die Temperatur auf 40°, schwankt 2—3 Tage zwischen 40° und 41°, um dann zur Norm zurückzukehren.

Zu gleicher Zeit erscheint eine gleichmäßige, purpurfarbene Eruption auf Stirn und Gesicht, die zuweilen sich auch noch auf die Vorderarme erstreckt; nach 36 Stunden klingt der Ausschlag ab; es bildet sich sodann eine großlamellöse Abschuppung im Gesicht, eine kleinlamellöse auf Kopf, Rücken, Schwanz; an den Gliedmaßen ist sie stets diskret. Stets beobachtet man eine allgemeine Adenitis, die nach Verschwinden der akuten Erscheinungen noch persistiert; im Beginn eine starke Polynukleose; das Ende der Krankheit wird durch eine Eosinophilie gekennzeichnet. Die 4 Tiere blieben am Leben.

H. Netter (Pforzheim).

Giaratana, Ein Fall von essentiellem Ödem der Kinder. (Gazz. degli Osped. 1910. 30. Januar.) Nach einigen Autoren beruht das essentielle Ödem der Kinder auf einer Undurchgängigkeit der Nieren oder auf einer Salzretention, nach anderen auf einer Abkühlung, nach Moussons auf einer Infektion und endlich nach Filatow auf einer vorübergehenden Hyposystolie. In dem angezeigten Fall scheint eine doppelte Ätiologie anzunehmen zu sein: vorübergehende, funktionelle, kardiale Hyposystolie und Ansammlung

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Toxinen in dem interstitiellen Gewebe infolge einer früheren, chronischen Dyspepsie. H. Netter (Pforzheim).

A. Roccavilla, Das Knochenmark bei Rachitis. (Pediatria 1911. Nr. 3—4.) Die aus dem pathologischen Institut zu Padua stammende Arbeit gibt die makroskopische und mikroskopische Untersuchung des Knochenmarkes aller Knochen von 23 rachitischen und 7 Kontrollkindern. Selbst in einem längeren Referat läßt sich der Inhalt der umfangreichen Arbeit nicht wiedergeben, weshalb hier nur auf sie aufmerksam gemacht werden soll (40 Literaturangaben). M. Kaufmann.

F. Visco, Über Extrasystole bei Kindern. (Pediatria 1911. Nr. 5.) V. fand bei mehr als 1000 untersuchten Kindern Extrasystolen in 48 Fällen. Es ist also unrichtig, daß sie, wie einige behaupten, bei Kindern nicht vorkommen. Sie fanden sich in 2 Fällen bei ganz Gesunden, einmal bei einem Kind mit Gelenkrheumatismus, das Belladonna nahm, bei 19 Kindern auf gastro-intestinaler oder infektiöser Grundlage, bei 14 Dyskrasischen, bei 3 Kindern mit nervösen Affektionen, bei 9 Rekonvaleszenten, also unter den verschiedensten Bedingungen, und sind fast nie der Ausdruck eines Herzleidens oder einer verminderten Herzkraft, sondern einer einfachen funktionellen Störung, sind meist ohne besondere Bedeutung und geben keine schlechte Prognose. Ihre gewöhnlichste Ursache ist irgend ein toxischer Zustand und eine reizbare Schwäche des Nervensystems. Sie verschwinden gewöhnlich durch geeignetes ruhiges Verhalten und bei Wegfall der Ursachen, und zeigen schon dadurch, daß sie nicht durch organische Veränderungen bedingt sind. M. Kaufmann.

G. Rovere, Über die Bedeutung der mit Tuberkulin an der Konjunktiva von Kindern erzeugten Überempfindlichkeit. (Riv. di Clin. ped. 1911. Nr. 1.) R. stellte bei 30 Kindern unter 2 Jahren, die (von einem Falle abgesehen) klinisch tuberkulosefrei waren, die Ophthalmoreaktion an und wiederholte sie an dem gleichen Auge alle 8—10 mal. Er konnte die Angabe anderer Autoren bestätigen, daß es nicht möglich ist, durch wiederholte Instillationen eine lokale Überempfindlichkeit zu erzeugen. Völlig negativ bei 2—9, meist 3—5 maliger Instillation war die Reaktion bei 28 Kindern. Nur in einem Falle, in dem aber wahrscheinlich Tuberkulose vorlag, war die Reaktion gleich bei der ersten, in einem anderen bei der zweiten Instillation positiv. Kann man also die Möglichkeit einer Sensibilisierung der Bindehaut durch wiederholte Instillation beim gesunden Individuum ausschließen, und nimmt man als Tatsache an, daß die Unempfindlichkeit von Brustkindern gegen oft sehr hohe Tuberkulindosen eine Folge ihrer Tuberkulosefreiheit und nicht einer primären Unempfindlichkeit ist, so erlangt dadurch die Ophthalmoreaktion eine hohe Bedeutung. M. Kaufmann.

C. Francioni, Über den Druck im Rückenmarkkanal bei verschiedenen Kinderkrankheiten. (Riv. di Clin. ped. 1911. Nr. 3.) F. hat den Druck im Rückenmarkkanal bei 74 kranken Kindern bestimmt. Er betrachtet diese Bestimmung als wertvolles diagnostisches

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hilfsmittel, das außerdem häufig die genaue Indikationsstellung für die therapeutische Lumbalpunktion erlaubt. Der Druck beträgt beim normalen Kind in Seitenlage 10—12 mm Hg. Er ist regelmäßig und beträchtlich vermehrt bei der tuberkulösen Meningitis, sowie beim Hydrozephalus; bei letzterem nimmt der Druck mit zunehmender Besserung ab. Eine, wenn auch viel geringere Druckvermehrung besteht auch bei Meningokokken- und eitriger Meningitis. Im akuten Stadium der Poliomyelitis besteht in der Regel eine Druckerhöhung, die in Verbindung mit qualitativen Veränderungen des Liquors für eine damit verbundene Entzündung der Meningen oder eine Kreislaufstörung spricht. Auch die Rachitis geht häufig mit einer Druckerhöhung einher.

M. Kaufmann.

F. Berger, Zusammenhang der abnormalen Stellung der Zähne mit den adenoiden Vegetationen. (Gyógyáscat. 26. November 1911.) B. neigt zur Ansicht, daß in vielen Fällen nicht die Vegetationen das primäre Moment sind, sondern die pathologische Zahnstellung, und behauptet auf Grund seiner reichen Erfahrungen, daß die Orthodentisten oft schlagendere Erfolge aufzuweisen haben, als die Rhinologen. Im 7.—8. Jahre kann der zahnärztliche Eingriff beginnen.

Ernö Deutsch (Budapest).

G. Wiedemann, Die diagnostische Bedeutung der v. Pirquetschen Reaktion bei chirurgischer Tuberkulose. (Russk. Wratsch. 1910. Nr. 46.) (Festschrift für Dr. Netschajeff.) Die v. Pirquetsche Reaktion ist nur im frühen Kindesalter verwendbar, denn klinisch gesunde Kinder von 8—14 Jahren geben bereits 35% positiver Resultate, deren Summe bei Erwachsenen auf über 90% steigt. Die Pirquetsche Reaktion hat aber vor den Reaktionen nach Calmette und Wolff-Eisner bedeutende Vorzüge; ihr Anwendungsgebiet ist unbegrenzt, sie ist gefahrlos und ruft beim Patienten keine unangenehmen Sensationen hervor.

Um aber die Empfindlichkeit der Reaktion gegen latente Tuberkulosen herabzusetzen, ohne ihre Empfindlichkeit gegen aktive Tuberkulosen zu vermindern, verwandte W. verdünnte (5%, 3% und 1%) Tuberkulinlösungen, mit denen Issersohn, ein anderer Arzt des Obuchoff-Hospitals in St. Petersburg, an Erwachsenen mit Lungentuberkulose sehr günstige diagnostische Resultate erzielt hatte.

Das Material P.s bestand aus 100 Kranken mit Knochen- und Drüsentuberkulose, von denen 14 völlig kachektische Individuen ausgeschlossen wurden. Von den restierenden 86 Patienten ergaben eine positive Reaktion:

mit	5%	Lösung	65 Patienten	oder	75,0%
„	3%	„	50 „	„	65,1%
„	1%	„	46 „	„	53,4%.

Die Temperatur der untersuchten Pat. übte auf das Resultat der Prüfung keinen Einfluß aus, wohl aber die Dauer der Krankheit: je frischer der Krankheitsprozeß, desto stärker war die Reaktion.

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Gesamtergebnisse dieser interessanten Untersuchungsreihe sind folgende:

1. Das positive Ergebnis der v. Pirquetschen Reaktion bei Anwendung einer 3% bzw. 1%igen Lösung spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer aktiven Tuberkulose.

2. Eine negative v. Pirquetsche Reaktion spricht, abgesehen von Kachektikern, mit großer Wahrscheinlichkeit für das Nichtvorhandensein einer aktiven Tuberkulose.

3. Die v. Pirquetsche Reaktion ist stets anwendbar und völlig gefahrlos.

4. Die v. Pirquetsche Reaktion mit verdünnten Lösungen ist nicht empfindlich und kann bei der Diagnose der Tuberkulose im allgemeinen und speziell der chirurgischen Tuberkulose wertvolle Dienste leisten.

S. Rubinstein (Riga).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 8. Juni 1911.

Hock demonstriert einen 3jährigen Knaben mit **Hilustuberkulose.** Klinische Untersuchung und Röntgendurchleuchtung ergab entsprechenden Befund. H. erörtert die Differentialdiagnose gegen interlobäres Empyem.

Engländer: **Fieber bei orthotischer Albuminurie.** Patient leidet schon seit mehreren Jahren an erwähnter Krankheit. Von den Störungen, die Patient aufweist, ist das Verhalten der Körpertemperatur am interessantesten. Bei Bettruhe ist die Temperatur normal, beim Gehen tritt Fieber bis zu 38° auf. Dabei ist Eiweiß im Harn nachweisbar. Patient zeigt typische Lordose nach Jehle. H. erörtert die Frage, ob nicht Temperatursteigerung und Eiweißausscheidung mit der vermehrten Muskelaktion zusammenhängen.

Jehle betont, daß man wohl durch Muskelarbeit die Temperatur binnen 10 Minuten auf ca. 38° steigern kann, Albuminurie wird aber dadurch nicht erzeugt, wenn nicht gleichzeitig Lordose vorhanden ist. Fehlt diese, dann bekommen auch Orthotiker keine Albuminurie.

Preleitner: **Fraktur einer Exostose der Tibia.** Die Diagnose wurde nach Röntgenaufnahme gestellt. Klinisch bestand nur starke Schmerzhaftigkeit auf Druck. Therapie besteht in Entfernung der abgebrochenen Exostose.

Bauer: **Diffuse Encephalitis und Sklerodermie bei einem 5jährigen Mädchen** (diffuse Sklerose?). Patientin soll schon seit den ersten Lebensmonaten nicht normal sein. Seit etwa 1½ Jahren schwere, rasch zunehmende Intelligenzstörung und Verlust der Sprache und des Gehvermögens. An den Extremitäten bestehen Spasmen wechselnder Intensität, geringe Paresen, starke Ataxie. Zeitweise treten choreatiforme Zuckungen in verschiedenen Muskelgruppen auf. Die Haut an den Extremitäten und des Gesichtes zeigt typische Sklerodermie. Wenn auch die ana-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tomische Diagnose nicht sicher feststeht, ist es doch wahrscheinlich, daß es sich um einen diffusen sklerosierenden Hirnprozeß handelt. Augenhintergrund normal. Wassermann negativ. Tuberkulin vor einem Jahre negativ, jetzt positiv.

Knöpfelmacher: **Barlowsche Krankheit bei einem 6jährigen Knaben.** Es handelt sich um das in der Sitzung am 24. November 1910 gezeigte Kind mit diffuser Skeletterkrankung. Es war stets im Wachstum zurückgeblieben, konnte weder stehen noch gehen. Am linken Humerus bestand Epiphysenlösung, die Knochen waren leicht brüchig. Patient klagte über Gelenkschmerzen, zeigte unregelmäßiges Fieber. Röntgenologisch war Atrophie der Knochen zu konstatieren. Das Kind starb. Die Obduktion ergab Epiphysenlösung an einem Oberschenkel, Fehlen des Periostes an einer Stelle des Humerus, wo früher eine Blutung vorhanden war, und eine Blutung über dem linken Femur mit Abhebung des Periostes. K. demonstriert die Präparate eines Falles von **Phlebitis umbilicalis.** Bemerkenswert ist, daß man imstande war, die Nabelgefäße ohne Blutung zu sondieren. Man konnte mittels Sonde bis in die Vena portae vordringen.

Drey: **Beobachtungen über den Zusammenhang des Längenwachstums mit der Knochenkernbildung.** Das Wachstum der Extremitäten geht meist parallel dem Auftreten von Knochenkernen, es gibt aber auch Ausnahmen. D. zeigt Röntgenphotographien, welche von einem 4jährigen Knaben mit Myxödem stammen. Unter Thyreoidinbehandlung gingen die Symptome des Myxödems zurück. Das Verhalten der Knochenkerne im Bereich der Fuß- und Handwurzel konnte röntgenologisch verfolgt werden.

Hochsinger: **Über angeborenen Lückenschädel.** H. berichtet über ein von ihm durch jetzt $6^1/_2$ Monate beobachtetes Kind, das bei der Geburt folgende Knochendefekte am Schädel zeigte: An der Stelle der kleinen Fontanelle fand sich eine kreisrunde Lücke von 2 cm mit harten Rändern. Ihre Fortsetzung bildete nach vorn die auf 2 mm klaffende, hartrandige Sagittalnaht, welche sich $^1/_2$ cm vor der Fontanellenöffnung zu einem elliptischen, 5 cm breiten und 4 cm langen Defekt erweiterte. Keine Zeichen von Rachitis. Das Knochensystem ist bis auf eine Spina bifida occulta normal. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich im Zentrum des großen Defektes ein Ossifikationsherd, der sich zu einem Schaltknochen vergrößerte, im 6. Lebensmonate war die Lücke geschlossen.

Es gibt drei Formen von kongenitalen Schädellücken:

1. den **angeborenen Lückenschädel.** Ursache entweder intrakranieller Überdruck durch Hydrozephalus oder Mißbildung gewöhnlicher Art. In diese Gruppe gehört der beschriebene Fall.
2. den **angeborenen Weichschädel,** nach H.s Meinung wahrscheinlich Folge kongenitaler Rachitis.
3. den **angeborenen Dünnschädel,** Folge einer fötalen Panostitis.

Schick.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion.

Außerordentliche Sitzung am 26. Juni 1911.

(Nach der Deutsch. med. Wochenschrift.)

Vorsitzender: Langstein; Schriftführer: Finkelstein.

1. Langstein: **Fehldiagnosen beim Morbus Barlow.** Krankengeschichten zweier einander sehr ähnlicher Fälle von Morbus Barlow, die, bevor sie dem Hause zugewiesen wurden, unerkannt für Fälle von Osteomyelitis gehalten und einer operativen Therapie unterworfen wurden. Die Differentialdiagnose war insofern schwierig, als die Blutergüsse sich in beiden Fällen auf den linken Ober- und

Digitized by Google

CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterschenkel lokalisierten, zu einer starken Auftreibung der Knochen und der Weichteile führten, die äußerst schmerzhaft längere Zeit unter Fiebererscheinung bestand; doch fehlte die für Morbus Barlow charakteristische Schmerzhaftigkeit beim Druck auf den Übergang zwischen Diaphyse und Epiphyse. Bei der Punktion bzw. dem Einschnitt wurde nichts als flüssiges Blut entleert, das sich als steril erwies. Die Diagnose konnte im Hause auf Grund der Röntgenbilder und der Hämaturie unschwer gestellt werden. In nicht charakteristischen Fällen erscheint das Röntgenogramm berufen, die Diagnose zu sichern. Unter der üblichen Therapie kamen beide Fälle in kurzer Zeit zur Ausheilung. (Demonstration.) Seltener als die nicht erkannten Fälle von Morbus Barlow ist das Gegenstück, daß eine andere Affektion dafür gehalten wird. Daß das jedoch vorkommt, beweist ein (ebenfalls demonstrierter) Fall von Osteopsathyrosis tarda, der anfänglich auf Grund eines unklaren Röntgenbildes für Barlowsche Krankheit gehalten wurde. Hier blieb die Einleitung einer entsprechenden Diät selbstverständlich ohne irgend einen Erfolg.

Diskussion. Karewski hat bei drei zur Operation vorgeschlagenen Fällen die Diagnose gestellt und nicht operiert. Wichtig ist das Fehlen von Fieber und der Röntgenbefund, obwohl in frischen Fällen bei Osteomyelitis das Röntgenbild im Stiche läßt. — Reyher betont die differentialdiagnostische Bedeutung des Querschattens an der Epiphysengrenze. Einseitiges Auftreten des subperiostalen Hämatoms ist nicht selten. — L. (Schlußwort): Auch bei Morbus Barlow findet sich oft Temperaturerhöhung.

2. Bamberg und Huldschinsky: **Osteopsathyrosis congenita und tarda.** a) B. demonstriert zwei Fälle von Osteopsathyrosis congenita und einen von Osteopsathyrosis tarda, teils im Krankheitsbilde selbst, teils in Präparaten, und vertritt die Identität dieser idiopathischen Osteopsathyrosis mit der Osteogenesis imperfecta. Ähnliche Erkrankungen sind in den Familien der Kinder nicht vorgekommen. Bei dem einen jetzt $2^1/_2$ Jahre alten Kinde sind die Eltern Geschwisterkinder. Die Diagnose war bei den beiden Säuglingen schon aus dem Anblick zu stellen, während bei dem älteren Kinde äußere Deformitäten nicht bemerkt werden konnten. Die Untersuchung aller Kinder ergab zahlreiche Frakturen der langen und kurzen Knochen, die ohne äußere Ursache mit auffallend geringer Schmerzhaftigkeit eingetreten waren. Auffallend war neben den zahlreichen Frakturen und Kallusschatten die Zartheit und Durchsichtigkeit der Spongiosa, die teilweise vollständig fehlte. Bei den Säuglingen besteht der Schädel, namentlich am Hinterhaupt, zum Teil aus einer ganz weichen, nur von Knocheninseln durchsetzten, häutigen Membran. Der Schädel hat eine eigentümliche flachgedrückte Form angenommen. Auffallend war in beiden Fällen die starke Behaarung. Bei manchen Knochen fiel eine der normal verlaufenden Epiphysenlinien parallel laufende Linie auf, deren charakteristische Beziehung zu dieser Erkrankung dahingestellt bleibt; besonders bemerkenswert ist bei den Bildern des älteren Kindes die auffallende Zartheit der langen Röhrenknochen. Therapeutisch ist bei den beiden überlebenden Kindern Phosphorlebertran in großen Dosen angewandt worden; die Frakturen, die Weichheit des Schädels besserten sich in dem Falle des Säuglings, und das $2^1/_2$ Jahre alte Kind nahm in seinem Gewicht gut zu. B. erörtert die Möglichkeiten von Störung eines Organs mit innerer Sekretion, bzw. der Korrelation einiger Drüsen, und will mit Rücksicht auf die guten Erfolge des Adrenalins bei Osteomalacie und der Beziehung der Hypophysis zum Knochenwachstum eine Organtherapie versuchen.

b) Huldschinsky demonstriert die pathologisch-anatomischen Präparate. An den Frakturen befand sich knorpliger Kallus.

Diskussion. Joachimsthal: In einem von ihm beobachteten Falle waren die Eltern blutsverwandt. Das Adrenalin hatte keinen Erfolg. — His fragt nach Form und Beschaffenheit des Schädels. — Bamberg: Der Schädel war bei den Säuglingen besonders am Hinterkopf häutig, weich, der Kopf deformiert, wie in die Breite geflossen. — Reyher schlägt vor, die Erkrankung besser als Osteogenesis imperfecta zu bezeichnen, da die Osteopsathyrosis nur ein Symptom der Krankheit sei. — Langstein: Es fand sich kein Myxödem. Phosphorlebertran erzielte einige Besserung. — Dietrich hält die Bezeichnung Osteogenesis imperfecta für prägnanter. — Joachimsthal mahnt zur Vorsicht bei der Röntgen-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchleuchtung. Schon durch fixierende Sandsäcke können neue Frakturen entstehen. — B. (Schlußwort): Die Bezeichnung Osteopsathyrosis „idiopathica" besagt deutlich genug, daß es sich hier um eine primäre Erkrankung handelt, im Gegensatz zur sekundären Osteopsathyrosis nach Rachitis usw.

3. Bahrdt: a) **Megacolon mobile.** Präparat eines $1^1/_2$ monatigen Säuglings, der unter dem Bilde des unstillbaren Erbrechens starb. Das ganze Kolon mit Ausnahme einer Stelle in der Gegend der Flexura coli dextra war an einem eigenen Mesenterium frei beweglich, mehrere große Schlingen, davon eine im For. Winslowii. Das Colon ascendens gebläht infolge einer relativen Stenose an der rechten Flexur und leicht nach oben umzuklappen, wodurch möglicherweise Druck auf das Duodenum erfolgte. Der Fall erinnerte sehr an den von Toporski beschriebenen. Die Anomalie erklärt sich durch mangelhafte Rückbildung des fötalen Mesokolons und ist typisch. Auch infolge vergrößerter und gedrehter S romanum-Schlingen ist unstillbares Erbrechen beim Säugling beobachtet worden (Kleinschmidt). Die Anomalie hat wahrscheinlich, wenn sie nicht durch das Erbrechen frühzeitig zum Tode führt, auch ursächliche Beziehungen zur Hirschsprungschen Krankheit und den beim Erwachsenen jetzt von Internen und Chirurgen beschriebenen Zuständen chronischer Obstipation und Blinddarmreizung. Zur Differentialdiagnose von Pylorospasmus würde vor allem das Röntgenbild (topographisch und Funktionsprüfung) heranzuziehen sein.

Diskussion. Noeggerath: Die von B. erwähnte Schwierigkeit in der Differentialdiagnose irgendwelcher im Darm gelegener Passagehindernisse gegen Pylorospasmus demonstriert ein seltener Fall dieser Erkrankung bei einem jetzt 10wöchigen Kinde auf der Säuglingsabteilung der Heubnerschen Klinik. Seine Besonderheit liegt darin, daß die peristaltischen Wellen nicht mehr oder weniger hoch oberhalb des Nabels, von links unter dem Rippenbogen hervorkommend völlig oder doch fast vollkommen horizontal nach rechts ziehen, sondern daß sie links fast senkrecht tief hinabsteigend, unterhalb der Nabellinie nach rechts zu verschwinden. Der Gedanke an eine Stenosierung — etwa durch Intussuszeption — von Dünndarmabschnitten war nicht von der Hand zu weisen. Eine auf Geheimrat Heubners Anregung vorgenommene Röntgenuntersuchung brachte Aufklärung. Schon vor dem Schirm, aber auch auf den photographischen Platten sieht man, daß das ganze peristaltisch bewegte Gebiet allein dem im Fällungszustand stark dilatierten Magen angehört. Der normale Kontrollmagen eines gleichaltrigen schwächlichen Säuglings — mit Bismut. carbonicum in Griesbrei gefüllt — hängt hoch oben links fast in Kugelgestalt, am Gipfel die Blase zeigend (Demonstration). Ein ganz anderes Bild zeigen die Magenaufnahmen (Demonstration) dieses Pylorospastikers. Er ist gestreckter und nimmt das ganze Gebiet der sichtbaren Peristaltik ein. Zweimal gelang es, wie Sie sehen, Wellen im Bilde festzuhalten. Daß es sich um die Dilatation eines atonischen Magens handelt, beweist die drei Stunden später angefertigte Aufnahme: Der schätzungsweise noch zu zwei Fünftel gefüllte Magen hat sich so weit nach oben hin kontrahiert, daß er — wenn auch nicht ganz — so doch ungefähr das Bild des gefüllten Normalmagens gibt. Es dürfte sich empfehlen, häufiger als üblich Röntgenuntersuchungen in ähnlichen Fällen vorzunehmen. — Heubner: Auch der entleerte Magen erschien im Röntgenbild erweitert. — Finkelstein: Es gibt Fälle von Pylorospasmus mit angeborener Viszeralptosis. Bei diesen zeigt sich infolge der Senkung des Magens die Peristaltik ebenfalls unten im Abdomen. — Heubner: In dem Falle fand sich keine Ptose.

b) **Präparat von kongenitaler Atresie des Duodenums mit Erweiterung des Magens und obersten Duodenums.** Das Röntgenbild könnte in einem solchen Falle bzw. des Sitzes der Atresie irre führen.

c) **Säuglingstuberkulose.** I. $1^1/_2$jähriger Knabe mit Bronchialdrüsen-Tuberkulose, die schon im vierten Monat festgestellt wurde. (Röntgenbild, alle Tuberkulinproben.) Der Fall zeigt, daß die Säuglingstuberkulose keine absolut letale Prognose bietet. Es werden jetzt häufiger auch die nicht letalen Fälle diagnostiziert als früher. Wichtig auch für die Prognose scheint frühzeitige Entfernung aus der tuberkulösen Umgebung.

II. Tödlich verlaufene Säuglingstuberkulose mit starkem Stauungsödem des Gesichts und besonders der Lippen infolge Druckes der Bronchialdrüsen auf die Venen. Das Bild erinnerte sehr an Habitus scrophulosus, obwohl keine Hautaffektionen bestanden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion. Heubner fragt, wie bei dem ersten Fall die Diagnose gestellt wurde. — B. (Schlußwort): Pirquetsche Reaktion ist positiv. Bei Versuchen mit Alttuberkulinbehandlung ist es sehr empfindlich. Die Bronchialdrüsen sind im Röntgenbild sichtbar und haben zugenommen.

4. Rott: **Demonstration zum Thymustod.** Der wenige Monate alte Säugling litt an anfallsweise auftretender Dyspnoe, Mattigkeit, wechselndem Puls, Zyanose. Deutlicher Schatten über dem Sternum im Röntgenbild, entsprechend der Thymus. Nach mehreren bedrohlichen Anfällen Operation durch Professor Körte in Lokalanästhesie. Dabei wurde ein größerer Teil Thymus abgebunden und entfernt. Es traten nachher aber neue Anfälle auf, denen das Kind erlag. R. vermutet toxische Wirkungen von seiten der Drüse, da bei der Sektion sich allgemeiner Status thymico-lymphaticus, aber nicht mehr eine mechanische Stenosierung der Trachea fand.

Diskussion. Dietrich hat den Fall obduziert. Der Thymustod ist nicht so selten; innerhalb eines halben Jahres kamen im Charlottenburger Krankenhaus 13 Fälle zur Sektion. Die Ursache des Todes ist wohl hauptsächlich die mechanische Kompression, und zwar nicht nur auf die Trachea, sondern auch auf die Nerven und Gefäße (Demonstration von Präparaten). — A. Baginski glaubt auch mehr an die mechanische Erklärung des Thymustodes. — O. Meyer: Ich habe einen Fall von scheinbarem Thymustod beobachtet, in dem die Verhältnisse gerade umgekehrt lagen, wie in den von Professor Dietrich demonstrierten. Bei einem etwa $1^1/_4$jährigen Kinde mit subakuter Bronchopneumonie und ziemlich schwerer Rachitis traten schwere Erstickungsanfälle vom Charakter trachealer Stenose mit tiefen sternalen Einziehungen auf. Für eine Thymushyperplasie sprach auch eine vergrößerte Thymusdämpfung, während das Röntgenbild (Dr. Holst) allerdings keinen entsprechenden Schatten zeigte, vielmehr nur die bronchopneumonischen Verdichtungen erkennen ließ. Nach mehrwöchigem Verlauf, während dem weder am Herzen Veränderungen gefunden wurden, noch Zeichen von Spasmophilie auftraten, kam das Kind im Anfall zum Exitus. Bei der Sektion im Reinickendorfer Verbandskrankenhaus fand nun Prosektor Davidsohn eine nach Gewicht und Größe durchaus normale Thymus. Auch die Thyreoidea war nicht vergrößert und ebensowenig fand sich auch nur eine Andeutung von trachealer Stenose. Auch keine Blutungen. Die Milz war nicht vergrößert, das Herz normal. Die klinische Diagnose ausgebreiteter bronchopneumonischer Herde wurde bestätigt. Hier also waren die unter dem Bilde der Thymushyperplasie einhergehenden Dyspnoeanfälle lediglich durch die Lungenverdichtung im Verein mit der Nachgiebigkeit des stark rachitischen Thorax bedingt. Ich möchte also zur Diskussion stellen, ob abnorme Knochenweichheit ein der Thymusdyspnoe ähnliches Krankheitsbild hervorrufen kann, oder ob etwa bei normaler Thymusgröße eine toxische Wirkung der Drüse denkbar ist.

Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte.

(Nach der Deutschen med. Wochenschrift.)

Sitzung in Dresden am 28. Mai 1911.

Vorsitzender: Soltmann; Schriftführer: Hohlfeld.

Neussel (Dresden, als Gast): **Hirschsprungsche Krankheit.** Demonstration eines Falles.

Die Beziehungen zwischen Anomalien der Geburt und Störungen in der Entwicklung des Kindes. a) Wagner-Hohenlobbese (Dresden) faßt neben den Verletzungen bei der Geburt besonders die Schädigungen ins Auge, welche ein langdauernder Geburtsverlauf und die Verabreichung narkotisch wirkender Mittel an die Mutter für den Neugeborenen zur Folge haben können. Er erwägt unter anderem die Frage, ob der bleiche Scheintod der Neugeborenen vielleicht die Ursache späterer Konstitutionsanomalien sei, und macht auf die Bewegungsstörungen aufmerksam, die eine Narkose der Gebärenden beim Neugeborenen auslöst. Die volle Tragweite dieser Wirkungen könne nur der Kinderarzt ermessen, den er als Geburts-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

helfer bitte bei Störungen in der Entwicklung des Kindes besonderes Gewicht auf den Geburtsverlauf zu legen. Der Geburtshelfer werde dadurch eine Direktive erhalten, wie weit er bei seinen Bestrebungen zum Schutze der Mutter gehen dürfe.

b) Risel (Leipzig) hält es für schwierig, über die Folgen der Geburtsanomalien ein Urteil abzugeben. Nur wenige Ärzte haben aus eigener Erfahrung eine vollkommene Anschauung von der Geburt als Trauma und von den Gefahren, welche die Entwicklung des Kindes, besonders des Säuglings, bedrohen. Da die Kinder, welche unter der Geburt gelitten haben könnten, nur selten in der Hand des Arztes bleiben, der die Geburt geleitet, kann sich später die Beurteilung nur selten auf eine kontinuierliche Beobachtung stützen, sondern muß sich vielmehr auf die unvollkommenen Angaben der Mütter aufbauen. Deshalb ist es noch nicht voll geklärt, wie weit die spastische infantile Zerebralparalyse mit Geburtsanomalien zusammenhängt. Die Sektionsbefunde am Neugeborenen und an erkrankten, im späteren Alter Verstorbenen ergeben, daß ein Zusammenhang in einzelnen Fällen besteht. Da die Zahl der Lebendgeborenen durch die Dauer und die Anomalien der Geburt beeinflußt wird, so ist ebenfalls eine Gesundheitsschädigung der Überlebenden wahrscheinlich. Doch bestätigen die neueren Erkundigungen nach ihrem Schicksal nicht in dem Maße den Zusammenhang der Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Geburtsanomalien, wie früher es besonders Little gewollt hat. Ein Teil der Hirnverletzungen, wie sie bei den Autopsien gefunden wurden, und die sich klinisch in Krämpfen, Asphyxie und Hirndruckerscheinungen kenntlich machen, muß heilungsfähig sein. Es muß deshalb gesagt werden: Für die Erkrankung des Zentralnervensystems, wie sie in der spastischen Zerebralparalyse, der Idiotie und der Epilepsie der Kinder zum Ausdruck kommt, kann die Geburt als Trauma direkt nur in einer kleinen Zahl der Fälle in Betracht kommen. Für einen größeren Teil vermittelt die Geburt die Erkrankung bei schon vorher durch ihre Aszendenz konstitutionell minderwertigen Kindern. Wohl die meisten Formen beruhen auf angeborenen Erkrankungen oder Defektbildungen des Gehirns, die durch die Geburt unbeeinflußt sind. Auch später erworbene Formen sind nicht selten.

Diskussion. Stöltzner (Halle) glaubt, daß es nicht angehe, eine abnorme Blutverteilung, wie sie beim bleichen Scheintod der Neugeborenen vorübergehend auftrete, als die Grundlage einer dauernden Anomalie der Konstitution anzusehen. Er erwähnt, daß ganz junge Brustkinder manchmal Krämpfe zeigen, die vielleicht auf das Geburtstrauma zurückzuführen sind. — Brückner (Dresden) hält es für unmöglich, auf die Fragen Wagner-Hohenlobbeses Antwort zu geben. Bei frühzeitig abgenabelten Mädchen sah er in den ersten Lebenstagen Vaginalblutungen auftreten. — Soltmann (Leipzig): Von den intra partum entstandenen Formen der zerebralen Paralyse muß man die fötalen mit Defekten des Gehirns unterscheiden. Diese sind prognostisch ganz ungünstig, jene relativ günstig. Die Leitungsstörung der Pyramidenbahnen ist die gleiche, die klinische Unterscheidung oft nicht möglich. Für beide spielt die materne Ätiologie (Lues usw.) die Hauptrolle. Deshalb ist die Anamnese für die Prognose und Behandlung so wichtig. Eine Rolle spielt in der Ätiologie auch die Erschöpfung des mütterlichen Organismus durch zu große Kinderschar (ungünstige intrauterine Entwicklung und Lebensbedingungen). Es kann dabei zu einer funktionellen Insuffizienz der Leitungsbahnen vom Cortex kommen bei Ausfall zerebraler Hemmung (anatomisch negative Fälle). Meist treten die klinischen Erscheinungen erst auf, wenn es zum willkürlichen Gebrauch der Glieder kommen soll, in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, weil die psychomotorischen Zentren erst fixiert und ihre Verbindung mit den Leistungsbahnen da sein muß, wenn ihr Einfluß in die Erscheinung treten soll.

Plettner (Dresden): **Haargeschwulst.** Er hat diese vor 14 Tagen aus dem Magen eines 6 Jahre alten Kollegentöchterchens durch Gastrotomie entfernt. Die Geschwulst stellt einen genauen Abguß des Magens dar. Eine tiefe Einschnürung zeigt die Stelle, wo der Hals der Geschwulst in der Kardia eingeklemmt festsaß, so daß die Verlagerung des Magens erst nach Entbindung dieses Tumorteiles in das Mageninnere (bei uneröffnetem Magen) gelang. Trotzdem die Geschwulst fast ein halbes Pfund wog, waren ernstere Störungen der Gesundheit nicht aufgetreten; das Kind hatte erst in letzter Zeit lebhaftere Bewegungen, namentlich Treppensteigen, unangenehm empfunden und deshalb vermieden. Die Diagnose

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war unter Zuhilfenahme der Anamnese und einer Röntgenaufnahme (Hartung-Dresden) von P. und Brückner im Hospitale der Kinderheilanstalt vorher gestellt worden. Der Heilungsverlauf ist ungestört.

Hellwig (Zinnowitz): **Über seeklimatische Kuren im Kindesalter.** Er kennzeichnete die klimatische Eigentümlichkeit der Seeluft, ihre durch makro- und mikroskopische eingehende Untersuchungen erprobte Wirkungen, die Unterschiedlichkeit der Seebäder mit Windschutz und ohne hinreichenden Schutz und die sich daraus ergebende Einteilung der Seeluftkurstationen nach ihrem therapeutischen Wert, wobei er den generellen Unterschied zwischen Nord- und Ostsee als unberechtigt charakterisierte, besprach die „zeitlichen Indikationen" einer Seekur, die als geeignet in Frage kommenden Erkrankungen und eingehend die Behandlung, wie er sie aus seiner Beobachtung an einem großen Kinder- und teilweise Erwachsenenmaterial durchzuführen pflegt. Insonderheit betonte er die Bedeutung der Dauer- und Winterkuren als das beste Kräftigungsmittel für alle mit einer schwachen Konstitution behafteten Kinder.

Welde (Dresden): **Erfahrungen über Salvarsanbehandlung bei Lues congenita.** Behandelt wurden im Säuglingsheim vom September 1910 bis April 1911 16 Säuglinge und 7 ältere Kinder. Die ersten Injektionen wurden mit Hyperideal oder Ideal, die letzten mit Salvarsan gemacht. Ausgeschlossen von der Behandlung wurden drei dekomponierte Kinder mit schwerster viszeraler Lues. Von den injizierten Fällen verstarb keiner nach der Injektion, drei erlagen einer Grippeinfektion (zwei von diesen, mit schweren Hauterscheinungen aufgenommen, zeigten bei der Sektion keine Spuren von Lues mehr, einer nur noch minimale Knochenveränderungen). Die Methodik bestand zunächst in subkutaner, dann intramuskulärer Injektion von 0,05—0,1 in Altscher Lösung oder Ölemulsion (je nach Gewicht und Allgemeinzustand). Dabei kam es regelmäßig zu sehr unangenehmen schmerzhaften Infiltraten und Nekrosenbildungen, die nur sehr langsam abheilten. Einigemal sogar tiefgreifende Abszeßbildung, allerdings meist steril. Bei mehreren Fällen wurde zwei- bis dreimal injiziert, die höchste Einzeldosis betrug 0,15, die größte Gesamtdosis 0,32. In letzter Zeit wurde intravenös injiziert mit Spritze oder Bürette und Schlauch. Zunächst sehr schwierige Technik, an Arm und Kopfvenen nur selten befriedigend geglückt, besser an den äußeren Halsvenen. Jedenfalls ist der intravenösen Injektion unbedingt der Vorzug zu geben. — Die Erfolge der Salvarsantherapie waren nach den bisherigen Erfahrungen denen der früheren Hg- und Jodmedikation nicht überlegen. Sichtlich günstig beeinflußt wurden Haut- und Schleimhauterscheinungen (nässende Papeln). Die spezifische Wirkung konnte am Spirochätenzerfall (Tuschepräparat) beobachtet werden. Regelmäßig besserte sich die gelblichblasse Gesichtsfarbe. Die wiederholt angestellte Wassermannsche Reaktion wurde nur in einem Falle vorübergehend negativ. Rezidive der Hauteruptionen wurden öfters beobachtet. Dauernde Schädigungen (Vergiftung, Erblindung usw.) kamen nicht vor. Von Dauerheilung kann bei der Kürze der Beobachtung noch nicht gesprochen werden. Einigen Kindern wurde vor, bzw. während der Salvarsanbehandlung Protojoduret gegeben, und diese Kombination der altbewährten Hg- bez. Jodtherapie mit S.-Injektionen scheint zur Zeit für das Säuglingsalter das Geeignetste zu sein.

Diskussion. Streitz (Leipzig) berichtet über fünf in der Leipziger Kinderklinik mit Salvarsan behandelte Säuglinge. Drei wurden intramuskulär mit je 0,1 injiziert. Bei zwei von diesen gingen die Hauterscheinungen nach 5—6 Tagen zurück, die Kinder gediehen weiter gut. Ein ganz aussichtsloser Fall von viszeraler Lues und Nasendiphtherie starb einen Tag nach der Injektion. Bei einem Kinde entwickelte sich eine walnußgroße Nekrose an der Injektionsstelle. Von zwei intravenös behandelten Fällen erhielt der erste 0,08 g. Die luetischen Erscheinungen waren bei ihm nach 5 Tagen verschwunden, das Kind entwickelte sich gut. Das zweite bekam nur 0,04 Salvarsan. Das über den ganzen Körper ausgebreitete, großpapulöse Syphilid verschwand schon 24 Stunden danach. Das Kind nahm zu, nach 60 Tagen trat ein Rezidiv auf, das jetzt noch mit Hg behandelt wird. Die intravenöse Injektion stößt bei Säuglingen auf Schwierigkeiten. — Soltmann (Leipzig) unterstreicht die eklatante Wirkung des Mittels in dem letzten Falle. — Brückner (Dresden) hat keine Nekrosen gesehen, wenn er das Mittel in Verbindung mit Jodipinlanolin injizierte. — Rietschel (Dresden) macht auf die Verschiedenheit der augenblicklich verwendeten Präparate aufmerksam.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stöltzner (Halle a. S.): **Anteponierende Alliteration als physiologische Form des kindlichen Stammelns.** Die an einem 1 Jahr 8 Monate alten Mädchen ausgeführte Analyse des physiologischen Stammelns ergab folgendes: Bei manchen Wörtern bestand das Stammeln im Auslassen einzelner Laute oder Silben. Häufiger wurden an Stelle richtiger Laute unrichtige gesprochen. In fast allen Fällen letzterer Art wurden Laute, namentlich Konsonanten, die dem Wortanfange näherstehen, ersetzt durch Laute, die dem Wortende näherstehen. St. bezeichnete diese Art des Stammelns als anteponierende Alliteration. Ziemlich häufig wurde sie mit dem Auslassen einzelner Laute oder Silben verbunden. Psychologisch versucht St. die anteponierende Alliteration daraus zu erklären, daß von einer aufeinander folgenden Reihe von Lauten die zuletzt gehörten am frischesten im Gedächtnis haften.

Diskussion. Burkhardt (Dresden) erwähnt, daß sich die Taubstummenlehrer ähnliche Erwägungen zunutze machen. — Soltmann (Leipzig) führt die Erscheinung auf das Mißverhältnis zurück, das beim Kinde zwischen Sprachlust und Sprachfähigkeit bestehe.

Scherrer (Leipzig): **Über Erscheinungen Barlowscher Krankheit bei der Ernährung mit Eiweißmilch.** Der Vortragende berichtet über 3 Fälle Barlowscher Krankheit, die er im letzten Halbjahr in der Leipziger Kinderklinik bei der Ernährung mit Eiweißmilch beobachtet hat. Im ersten Falle handelte es sich um ein spasmophiles Kind von 6 Monaten, im zweiten um eine schwere Form intestinalen Infantilismus bei einem $1^3/_4$jährigen Kinde, im dritten um ein frühgeborenes, stark atrophisches Flaschenkind von 9 Monaten. Im ersten und dritten Fall ging der klinischen Beobachtung eine Ernährung mit gewöhnlichen Milchmehlmischungen voraus, im zweiten eine solche mit stark denaturierten Nahrungsgemischen (Backhausmilch und monatelang ohne Milch verfüttertes Nestlemehl). Bei allen 3 Kindern waren klinisch bzw. poliklinisch vor der Eiweißmilchernährung Versuche mit gewöhnlichen Milchverdünnungen und Grießbouillon bei der Spasmophilie auch mit Kaseïnaufschwemmungen und Malzsuppe gemacht worden, und diese Versuche hatten in allen 3 Fällen zu Mißerfolgen geführt. Die 3 Kinder erholten sich bei der Eiweißmilchernährung zusehends, bis bei allen drei in der sechsten bzw. siebenten Woche die ersten Erscheinungen der Barlowschen Krankheit auftraten. Die Kinder wurden blasser, schlaffer, das Gewicht nahm nicht mehr zu. Es traten Hautblutungen auf, besonders im Gesicht und an den Ohrläppchen, bei der Spasmophilie stellte sich auch leichter Exophthalmus ein und Schwellung im Gebiet des Unterkiefers. In allen Fällen bestanden Schleimhautblutungen in Gestalt blauroter bis linsengroßer Schwellungen des Zahnfleisches um die vorhandenen Zähne. Im ersten und dritten Fall war ausgesprochene Hämaturie vorhanden, bei allen 3 Kindern bestand Druckschmerzhaftigkeit der Knochen, vor allem im Gebiet der Oberschenkel. Dagegen ließen sich weder klinisch noch im Röntgenbilde subperiostale Blutergüsse an den langen Röhrenknochen nachweisen. Der Erfolg der eingeleiteten Ernährungstherapie mit roher bzw. kurz aufgekochter Milch in Verdünnungen mit Wasser oder gezuckerter Mehlsuppe, mit frischem Gemüse, Kompott und Apfelsinensaft war bei allen 3 Kindern ein prompter. Die Hautblutungen verschwanden nach 8 Tagen, die Zahnfleischblutungen in 8 bis 14 Tagen, die Hämaturie in 4—5 Wochen, die Druckschmerzhaftigkeit der Knochen im Verlauf der ersten 3 Wochen. Das erste Kind konnte nach 5 Wochen geheilt entlassen werden, das dritte erfreut sich besten Wohlbefindens und nur das zweite ging 5 Wochen nach dem ersten Auftreten der Barlowschen Symptome an einer 8 Tage vor dem Exitus einsetzenden ätiologisch unklaren Nephritis eine schwarzrote Färbung des Markes am unteren Diaphysenende des Femurs. Die histologische Untersuchung steht noch aus. Das Fehlen der subperiostalen Blutergüsse an den langen Röhrenknochen läßt sich wohl dadurch erklären, daß die Behandlung schon bei den ersten Erscheinungen der Krankheit einsetzen konnte. — Die Frage, ob die Eiweißmilch als Ursache der Barlowschen Krankheit in den geschilderten Fällen anzusprechen und in welcher ihrer Eigenschaften das schädigende Moment zu erblicken sei, läßt der Vortragende offen im Hinblick auf die bisher überhaupt noch nicht geklärte Ätiologie der Barlowschen Krankheit. Es spricht jedoch in Anlehnung an die Auffassung Barlows und anderen Autoren die Vermutung aus, daß in der Denaturierung der Eiweißmilch die schädigende Ursache zu suchen sei. Das günstige Urteil über diese Milch könne durch seine Beobachtungen nicht beeinträchtigt werden, sie gäben aber Veranlassung darauf hin-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zuweisen, die Eiweißmilch als Heilmittel, nicht als Nährmittel zu betrachten und deshalb die Dauer ihrer Verwendung auf höchstens 6 Wochen einzuschränken, wie dies ja auch Finkelstein ausdrücklich betont habe.

Diskussion. Thomas (Leipzig) hat zur gleichen Zeit in der Medizinischen Klinik eine größere Zahl von Fällen hämorrhagischer Diathese bei Erwachsenen gesehen. — Hohlfeld (Leipzig) hält eine Verwechslung der Scherrerschen Fälle mit anderen Formen der hämorrhagischen Diathese für ausgeschlossen. — Rietschel (Dresden) schließt sich dem an. Er glaubt, daß man mit dem Begriff der Denaturierung in der Ätiologie der Erkrankung nicht weiterkomme. — Risel (Leipzig) hat zur gleichen Zeit in der Poliklinik des Kinderkrankenhauses keine Fälle hämorrhagischer Diathese gesehen, auch auf den Stationen wurden keine beobachtet. Für die in Rede stehenden Kranken kommt besonders der Beurteilung ihres Gesamtzustandes Wichtigkeit zu. Sie entsprachen schwersten Formen von Dekomposition im Säuglingsalter.

Brückner (Dresden): **Zur Diagnostik der Nierentuberkulose im Kindesalter.** Die Nierentuberkulose, soweit sie klinisch als selbständige Erkrankung auftritt, ist beim Kinde nicht zu häufig. Ihre Symptome sind die gleichen wie beim Erwachsenen. Ebenso hat der Gang der Untersuchung in derselben Weise zu erfolgen. Nur sind die modernen urologischen Untersuchungsmethoden beim Kinde nicht in jedem Falle soweit durchzuführen, daß die praktisch so wichtige Frage, welche Niere bei einseitiger Erkrankung befallen ist, mit Sicherheit beantwortet werden kann. In dieser schwierigen Situation kann die Herdreaktion nach einer probatorischen Tuberkulinreaktion wertvolle Dienste leisten. Vortragender zeigt eine hochgradig tuberkulös erkrankte Niere eines 12jährigen Patienten aus der Dresdener Kinderheilanstalt, bei dem der zugezogene Urologe die Zystoskopie als technisch unausführbar ablehnte. Mit Hilfe der Tuberkulinreaktion gelang die topische Diagnose, und es konnte die erkrankte Niere operativ entfernt werden.

IV. Therapeutische Notizen.

Phosphorlebertran verordne man bei Rachitis nach P. Sittler (Colmar) so, daß Kinder bis zum sechsten Lebensmonate und ältere schwächere Kinder zweimal $^1/_2$ Teelöffel der Lösung 0,01:200,0 (also 0,00025 g Phosphor pro die) erhalten, ältere Säuglinge zweimal $^1/_2$ Teelöffel der Lösung 0,01:150,0, Kinder im zweiten Lebensjahre zweimal $^1/_2$ Teelöffel von 0,01:100,0 (= zweimal 0,00025 g Phosphor pro die); bei älteren Kindern kann man unbedenklich bis zur Höchstdosis von zweimal 1 Teelöffel der letzteren Lösung gehen. Wenn Lebertran nicht vertragen wird, ist eine andere ölige Lösung zu benutzen (Olivenöl, Lipanin usw.). Auch in Emulsion kann Phosphor gegeben werden:

Rp. Phosphor. 0,01
Ol. Olivar.
Mucil-gumm. arab.
Sirup āā 10,0
Aq. dest. ad 100,0.

Dies das Rezept der Escherichschen Klinik.

(Fortschritte der Medizin. Nr. 9).

Eulatin bei Pertussis und Bronchitis wurde, wie Dr. A. Soucek mitteilt, im Kinderambulatorium der Wiener Allgem. Poliklinik mit gutem Erfolge benutzt. Das Alter anlangend, war S. in der Lage, Eulatin schon bei 3 Monate alten Säuglingen (2 Fälle) in Anwendung zu bringen und sah, obwohl diese Kinder 4 und mehr Tabletten (1 g und mehr) täglich zu sich nahmen, keine schädigende Wirkungen. Die Dosierung war anfangs folgende: S. ließ Kindern unter 1 Jahr 3 Tabletten, über 1 Jahr 4—5 Tabletten verabreichen, kam aber später zur Überzeugung, daß zu einer wirksamen Therapie die Dosis erhöht werden muß. Er läßt jetzt Eulatin bei Kindern unter 1 Jahr zu 1 g, über 1 Jahr und bis zum 4. Lebensjahre zu $1^1/_2$ g, und über 4 Jahren zu 2 g täglich geben, scheute sich aber nicht, in jeder der 3 Kategorien die Tagesdosis um $^1/_4$—$^1/_2$ Gramm zu er-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

höhen, ohne daß es je zu einer Schädigung kam. Von Pertussis kamen 21 Fälle zur Behandlung mit Eulatin; 14 genasen, 1 schied aus, wegen Weigerung, das Eulatin weiter zu nehmen, 6 Fälle stehen noch in weiterer Behandlung. Diese Patienten zeigten bald eine Verminderung der Anfälle, der einzelne Anfall war weniger heftig, die Reizbarkeit des Patienten war deutlich herabgesetzt, die Krankheitsdauer aber 6—8 Wochen, die bei Pertussis gewöhnliche. Eine Beobachtung, die S. bei mehreren Kindern zu machen Gelegenheit hatte, und die ihm besonders auffiel, war die, daß Pertussiskranke, die schon im Beginn ihrer Krankheit mit Eulatin behandelt wurden, bei der Untersuchung der Lungen stets nur ganz geringfügige oder gar keine bronchitischen Erscheinungen boten. Die leicht expektorierende, anderseits auch beruhigende Wirkung des Mittels legte es nahe, es auch bei Bronchitis anzuwenden. Es kamen 10 gewöhnliche und 2 Masernbronchitiden zur Eulatinbehandlung; dieselben genasen, ohne daß S. etwa die sonstigen dabei gebräuchlichen Mittel, wie Ipecacuanha, Senega usw. zu vermissen hatte. (Österr. Ärzte-Ztg. 1911. Nr. 14.)

Eulatin bei Pertussis hat sich auch Dr. Magers im Mädchen-Waisenhause Berlin-Wilmersdorf bestens bewährt. Er verordnete von den Tabletten à 0,25 g Kindern bis zu 5 Jahren 4 stündlich 1 Stück, bis zu 8 Jahren 3 stündlich und darüber 2 stündlich. (Medico 1911. Nr. 30.)

Vaporin bei Keuchhusten empfiehlt Dr. Baedeker (Berlin) auf Grund seiner Erfahrungen. Auch bei Bronchopneumonien mit sehr heftigem Husten hatten B. im Laufe einer Masernepidemie Gelegenheit, die Vaporin-Inhalationen zu erproben; auch hier war recht günstiger Erfolg zu verzeichnen.
(Fortschritte der Medizin 1911. Nr. 37.)

Behandlung des Keuchhustens durch Raum-Desinfektion mit „Sanofix“. Von Dr. C. Levi. Seit April 1910 wird auf der Keuchhustenstation des Virchow-Krankenhauses in Berlin die Sanofixmethode angewandt. Nie schädlich wirkend, setzte sie ziemlich regelmäßig Zahl und Intensität der Anfälle herab und kürzte auch oft den Verlauf ab. Der Apparat (Fabrik chem. Präparate, G. Hanning, Hamburg) besteht aus einem Glasgefäß von 200 ccm Inhalt mit aufgeschraubtem Vergaserkopf, Platin-Glühstoff-Vorrichtung, Dreifuß und Abdampftiegel. Das aus einem spirituösen Gemisch von Menthol, Eucalyptol und Terpineol bestehende Fluid Nr. 1 wird in das Glasgefäß gefüllt. Der Vergaser führt die Verdampfung dadurch herbei, daß der auf einem Aluminiumnetz befestigte, ins Glühen gebrachte Platinkranz die durch den Docht aufgesogene Flüssigkeit vergast, wobei der Weingeist verbrennt und Menthol-Eucalyptol-Terpineoldämpfe der Luft zugeführt werden. Der kontinuierlich wirkende Glühstoff dient gleichzeitig als Heizmittel für den darüber auf einem Dreifuß gestellten Vergasungstiegel, welcher mit dem Fluid Nr. 2 gefüllt wird. Es stellt ein Kondensationsprodukt des Kresols und Eucalyptols dar, welches gleichfalls flüchtig ist und sich mit den anderen Dämpfen vereinigt. Die Art des Glühkörpers schließt Feuersgefahr aus und gestattet eine 6—8stündige Vergasung über Nacht.
(Therapie der Gegenwart, Juli 1911).

Syrgol bei Blennorrhoea neonatorum bewährte sich, wie Dr. C. A. Hegner mitteilt, in der Universitäts-Augenklinik Jena sehr gut. Man träufelte 2—6mal 5%ige Lösung ein und reinigte die Augen öfters mit Borlösung.
(Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 32.)

Arsen-Triferrol (Gehe) hat Dr. K. Thomas (Berlin) mit bestem Erfolge bei Anämien, Neurasthenie, Skrofulose, Rachitis usw. gegeben. Erwachsene erhielten 3mal täglich ein Likörgläschen, Kinder einen Kinderlöffel, ganz kleine einen Teelöffel. Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Appetits, Gewichtszunahme, Besserung des Blutbefundes, günstiger Einfluß auf die skrofulösen Erscheinungen wurden regelmäßig notiert. (Medizin. Klinik 1911. Nr. 21.)

Ricinal und Gadiol (Präparate von Apotheker E. Roth in Frankfurt a. M.) empfiehlt für die Kinderpraxis Dr. H. Roeder (Berlin). „Ricinal“ ist ein völlig gereinigtes, durch ein Geschmackskorrigens dem Geschmack der Kinder zusagendes Rizinusöl, das man in Dosen von 20 Tropfen bis $^1/_2$—1 Teelöffel gibt. „Gladiol“ ist ein gut schmeckender Lebertran, den die Kinder ebenfalls gern nehmen.
(Therapie der Gegenwart. Juli 1911.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ichthyol gegen Keuchhusten empfiehlt als außerordentlich wirksam Naamé. Er verordnet:

Rp. Ammon. sulfoichthyolic. 10,0
Glyzerin. 20,0
Spirit. Mechiss. comp.
Spir. Menth. pip. (10%) āā 2,0.
Ol. amygd. amarar. ver. gtt. III.
Sirup. simpl. ad 100,0.

Davon erhalten Kinder bis zu 1 Jahr 4—6 Kaffeelöffel, bis zu 2 Jahren 3—4 Dessertlöffel, von 3—4 Jahren 4—5 Dessertlöffel, ältere Kinder 4—5 Eßlöffel.
(Bull. gén. de Thérap. 1911. S. 238.)

Eurespirantabletten bei Asthma hat Dr. J. Nerking (Düsseldorf) auch bei Kindern mit Erfolg angewandt. Die Tabletten erhalten Lobelia inflata, Erythraea Centaurium und Gentiana lutea. Kindern gab N. 3—4 Tabletten täglich, von denen jede 0,01 g Lobelia infl. enthielt (Erwachsene erhielten solche mit 0,02 g), 8—10 Tage hintereinander; dann Pause von 3—4 Tagen, dann wieder noch einige Tage. Im ganzen wurden 40—50 Tabletten gegeben (hergestellt von der Firma Dr. R. und Dr. O. Weil, Frankfurt a. M.).
(Zentralblatt f. d. gesamte Therapie 1911. Nr. 8.)

Ein neues Präparat zur Behandlung der Skrofulose und chirurgischen Tuberkulose empfiehlt Dr. B. Mosberg, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Bielefeld, als Ersatz für die Kappessersche Schmierseifenbehandlung. Diese hat zwar zweifellose Erfolge aufzuweisen, aber manche Leute wollen von der „Schmierseife" nichts wissen und wünschen lieber eine Salbe; auch hat die Schmierseife oft erhebliche Reizwirkung. Mit Unterstützung der Firma Krewel & Co. in Köln ist es nun M. gelungen, ein Präparat herzustellen, das nicht nur die Wirkung der Sapo kalin. ohne schädigende Nebenerscheinungen voll zur Geltung bringt, sondern sogar deren Heilwirkung noch zu verstärken scheint. Diese Salbe (unter dem Namen „Sudian" in Kruken zu 90 g Inhalt in den Handel gebracht) besteht aus einer nach besonderem Verfahren bereiteten sehr innigen Mischung von

80% Sapo kalin.
17% Sapen
3% Sulfur praecipit.

eine weißliche, wohlriechende, leicht verreibbare Masse, die völlig reizlos wirkt und deshalb täglich (etwa 1 Kaffeelöffel voll) eingerieben werden kann (5 Minuten); an jedem Tage wird ein anderer Körperteil vorgenommen, dieser dann mit Flanell bedeckt und die Salbe nach 20 Minuten mit warmem Wasser entfernt.
(Fortschritte der Medizin 1911. Nr. 32.)

V. Monats-Chronik.

Breslau. Für die Professur für Kinderheilkunde sind vorgeschlagen: primo loco Pfaundler (München), secundo loco Salge (Freiburg), tertio loco Tobler (Heidelberg).

Wien. Am 1. d. M. ist die erste Wiener Schulzahnklinik in Hütteldorf eröffnet worden.

Lemberg. a. o. Prof. Dr. Raczynski (Kinderheilkunde) hat Titel und Charakter eines o. Prof. erhalten.

Gestorben. Dr. A. Grimm, I. Assistent am Maria-Anna-Kinderkrankenhause in Dresden, an beruflicher Scharlachinfektion. — Dr. Fürst P. M. Argutinsky-Doglorukow, o. Prof. der Kinderheilkunde in Kasan.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albin

Hydrozon (H_2O_2)
Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei **Hg.-Kuren, Alveolarpyorrhoe** und bei **foetor ex ore**
Angenehm und erfrischend im Geschmack.
Jetzt in **weicher** Consistenz
! Große Tube (ca. 80 Port.) M. 1.—. Kleine Tube (ca. 30 Port.) M. 0.60 !
Proben und Literatur von
PEARSON & CO., G. m. b. H., HAMBURG

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.**
Elberfeld u. Leverkusen b. Mülheim a./Rh.

Afridolseife

(mit 4% oxymercuri-o-toluylsaurem Natrium)

Antiseptische, unbegrenzt haltbare Quecksilberseife
ohne Reiz- und Ätzwirkung,
den Sublimatseifen an Wirkung weit überlegen.

Ausgezeichnete Erfolge bei parasitären Hautausschlägen
(Akne, Favus, luetische Hautausschläge usw.)
Prophylaktikum bei Furunkulose.
Zur Händedesinfektion der Ärzte.
„Originalpackung Bayer".

Dürkheimer Maxquelle

Stärkste Arsenquelle Deutschlands
(Arsengeh. 17,4 mgr. As_2O_3 i. l.)
Bestbekömmlichstes aller Arsenwässer von frappanter Heilwirkung.
In der Kinderpraxis außerordentlich gut bewährt.
Das Wasser wird gerne genommen und gut vertragen.
Probequantum, Literatur, Prospekte und Trinkschemata den Herren Ärzten unentgeltlich und franko.
Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Wiesbaden.

Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Prof. Dr. Soxhlet's **Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung in den Fällen, in denen die natürliche Ernährung nicht durchführbar ist, sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.50.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt M. 1.80. **Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt M. 2.—.
Leicht verdauliche Eisenpräparate klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in **Pasing** bei **München.**

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Die Röntgentherapie in der Gynäkologie

Von **Professor Dr. Karl Reifferscheid**
Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik in Bonn.

Mit 4 Tafeln und einem Anhang über Röntgentechnik in der Gynäkologie von Professor Dr. Paul Krause, Direktor der medizinischen Poliklinik in Bonn.

92 Seiten mit 4 farbigen Tafeln. 1911. M. 4.—.

Diese Arbeit bildet Heft 9 der „Zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der medizinischen Elektrologie und Röntgenkunde", und bringt eine Übersicht über die Röntgentherapie in der Gynäkologie.

Bekanntlich bildet die Grundlage für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen der exakte Nachweis der spezifischen Einwirkung derselben auf die Ovarien. Der Verfasser hat nach dieser Richtung histologische Untersuchungen an menschlichen und tierischen Ovarien angestellt.

„Tussiculin" Patentamtl. gesch. No. 68 581

vielfach bewährtes und stark schleimlösendes Linderungsmittel bei

Keuchhusten, Stickhusten etc.

„Anwendung äußerlich."

Hergestellt aus je 8,5 der feinsten äther. Oele der Melaleuca, Leucadendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45,0 Alcanna tinctoria.

Flasche M. 2.50.

Aerzte Proben und Literatur gratis.

W. Diefenbronner, Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum

für Studierende und Ärzte.

Von Dr. H. Schmidt, Dr. L. Friedheim, Dr. A. Lamhofer u. Dr. J. Donat.

Zehnte Auflage. VI, 436 Seiten mit Abbildungen. 1911.
Geb. M. 6.—. Gebunden und mit Schreibpapier durchschossen M. 7.—.

Bioferrin nach Professor Dr. Siegert.

Haemoglobin-Eiweisspräparat.

Vorzüglich wirksam bei allen auf Anämie beruhenden Krankheitszuständen. Bioferrin besitzt infolge seiner auf wissenschaftlicher Grundlage beruhenden Darstellungsweise auf kaltem Wege den Maximalgehalt der wirksamen Katalase sowie alle wertvollen Bestandteile des arteriellen Blutes in unveränderter Form. Wohlschmeckend, appetitanregend, leicht verdaulich. Dauernde bakteriolog. und ärztliche Kontrolle durch *Prof. Dr. Siegert* verbürgt stets gleichmäßige Qualität und Freisein von pathogenen Bakterien.

— Preis per Original-Flasche M. 2.40. —

Bismutose

Vollkommen ungiftige Wismuteiweissverbindung.

Ausgezeichnetes Adstringens bei Magen-Darmerkrankungen infektiösen bezw. diarrhöischen Charakters, Brechdurchfall der Kinder.

Reizmilderndes Protektivum bei geschwürigen und Reizprozessen des Verdauungstraktus.

Dosis: für Kinder stündl. 1—2 gr } in Schüttelmixtur
„ Erwachsene „ 3—5 „ } oder in Reisschleim

Ausführliche Literatur durch: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich.**

Die Spezifität der

Odda-K. — Kindernahrung nach **Prof. v. Mering** — liegt, abgesehen vom Gehalt derselben an den Eiweißkörpern und dem Lecithin des Eidotters, vor allem in der **Art des Fettersatzes.**

Das, ähnlich wie in der Frauenmilch, nur spurenweise Vorhandensein der empfindliche und geschwächte Verdauungsorgane nachgewiesenermaßen stark irritierenden Butter-, Capron- etc. Säure und flüchtiger Fettsäuren, unterscheidet die Odda-K. vorteilhaft vor allen Konkurrenzpräparaten bei sonst physiologisch gleichwertiger Beschaffenheit. — Bei den verschiedenartigsten Verdauungsstörungen hat sich unsere Odda-K. ebenso bewährt wie bei Atrophie und Rachitis.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 1,40 Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 0,80 Mk.

Odda-M. R. — für Magenleidende und Rekonvaleszenten — findet

1. **allgemeine Anwendung** überall dort, wo man in leichtest verdaulicher und leichtest assimilierbarer, reizloser Form konzentriert nähren will;
2. **spezielle Anwendung** bei Magen- und Darmleiden, Ulcus ventr., Superazidität, Nephritis und salzarmer Diät.

1/1 Dose = 400 gr. Inh. = 2,— Mk. 1/2 Dose = 200 gr. Inh. = 1,10 Mk.
Kassenpackung = 180 gr. Inh. = 0,75 Mk.

Eisenodda (ca. 1,5% Eisen an N-Stoffe geb.) vereinigt den Gebrauch eines Eisen- und Nährpräparates in bekömmlichster, einfachster und billigster Art und Weise.

1/1 Dose = 200 gr. Inh. = 1,90 Mk. 1/2 Dose = 100 gr. Inh. = 0,95 Mk.

Proben und Literatur für die Herren Ärzte kostenfrei.

Deutsche Nährmittelwerke Berlin, G. m. b. H., Strehlen, Schl.

Digitized by Google Original from HARVARD UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pertussin Extract. Thymi saccharat Taeschner (Name i. all. Staat. ges. gesch.). Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe, Emphysem etc.

Dosierung für Kinder: 2stündlich 1 Kaffee- bis Kinderlöffel voll, je nach dem Alter: für Erwachsene 1—2stündlich 1 Esslöffel voll. Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur aus hervorragenden medizin. Blättern Deutschlands und Österreich-Ungarns, sowie Gratis-Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Ärzten gern zur Verfügung.
Hergestellt in der

Kommandanten-Apotheke, E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie.

Von

Dr. Ernst Runge

Assistent an der Universitäts-Frauenklinik der Königl. Charité zu Berlin.

8°. 164 Seiten. 1908. M. 4.25.

Münchener medizinische Wochenschrift. . . .Jeder, der das Werk liest, wird erstaunt sein über die Masse des Materials, welches der Verfasser sammeln konnte: überall, wo ihm eigene Beobachtungen — Verfasser ist Assistent der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité in Berlin — zu Gebote standen, sind diese eingefügt. Die Darstellung ist — bis auf die neueste Zeit vollständig — knapp und klar, das Werk füllt eine fühlbare Lücke der gynäkologischen Literatur aus und wird jedem Gynäkologen ein wichtiges Nachschlagebuch werden. Die Ausstattung ist gut.

Dr. Walther Koch's ‚PRÄVALIDIN'

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung :: von Kampher und Balsam peruvian. ::

Größte Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung u. lebensverlängernde Wirkung im III. St. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen durch seine expektorierende u. herzroborierende** Wirkung. Jahresversand 1910: 29 100 Tuben. Tuben à M. 1.20 für Erwachsene und M. —.80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chemische Fabrik in Döhren bei Hannover.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XVI. Jahrgang. 1. Dezember 1911. Nr. 12.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Zoltán v. Bókay, Über Transposition der großen Schlagadern des Herzens. (Aus dem mit der Kinderklinik der Königl. ungarischen Universität in Verbindung stehenden Stephanie-Kinderspital in Budapest.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 5 u. 6.) Fall von wahrer Transposition der Herzschlagadern. Offenes Foramen ovale. Stauungsorgane. Zusammenstellung der einschlägigen Literatur.

Hecker.

N. R. Blumenau, Zur Frage der phlegmonösen Diphtherie und deren Behandlung. (Aus dem Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg in St. Petersburg.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 5 u. 6.) Trotz der Serotherapie führt die phlegmonöse Diphtherie in 50% zum Tod. Das Mortalitätsmaximum fällt auf die erste, bzw. auf den Beginn der zweiten Krankheitswoche. Initiales Erbrechen ist meist da, bei späterem Auftreten gilt es als schlechtes Zeichen. Die lokalen Rachenerscheinungen verschwinden nach Serum gewöhnlich zu Beginn der zweiten Woche. Herzmuskelstörung tritt in der Regel schon gegen Ende der ersten Wochen ein. Nephritis meist schon innerhalb der ersten Krankheitstage; sie verläuft gewöhnlich gutartig. Zur Heilung sind große Serummengen notwendig, am zweckmäßigsten sind 5000 Einheiten.

Hecker.

J. Cassel, 5jährige Erfahrungen im Kinderasyl (Berlin-Wilmersdorf). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 5 u. 6.) Bezüglich der Stillenden wurden zwei grundlegende Änderungen eingeführt. Während bis Mitte 1908 4—6 Mütter gleichzeitig als Ammen in der Anstalt waren, wurde die Zahl der aufzunehmenden Mütter auf 10—12 gesteigert und so das Asyl zu einem Mutterheim ausgestaltet. Ferner darf keine Mutter mehr ein fremdes Kind anlegen, sondern entleert ihren Überschuß an Milch durch Abspritzen in Flaschen. Grund: Gefahr der Syphilisübertragung. Die Mortalitäts- und Morbiditätsziffern sind ständig im Abnehmen. Das Ideal bleibt die Familienpflege der Säuglinge; für die in Not befindlichen Kinder sind aber Asyle Rettungsstationen, welche die aufgenommenen vor schnellem Tod oder langem Siechtum bewahren. Nachteile der Anstaltsbehandlung sind die langsamere Entwicklung der statischen Funktionen, Kopfhalten, Sitzen, Gehen usw.; ferner die verlangsamte Entwicklung

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des geistigen Lebens durch die fehlende Anregung und schließlich die ausbleibende Entwicklung der Eßlust als Folge der regelmäßigen Fütterungsstunden, was den Übergang zur Beikost erschwert.

Hecker.

W. G. Archangelsky, Zur Frage der Erkrankung der Lungen durch Echinokokken. (Aus dem Kinderkrankenhause des Hl. Wladimir in Moskau.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 5 u. 6.) Primärer Echinokokkus in der Lunge bei einem 12jährigen Mädchen. Sekundäre Infektion durch den Fränkelschen Diplokokkus, Eiterung mit Durchbruch in den Bronchus; dieser Eiterprozeß dient als Impuls zur Selbstheilung des Organismus. Hecker.

Paul Auerbach, Mitteilungen über eine Masern- und Diphtherieepidemie. (Aus der Säuglingsstation des Hamburger Waisenhauses.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 55. Heft 5 u. 6.) In einigen Fällen Leukopenie bis 8 Tage vor dem Exanthem. Als häufiger Sektionsbefund Ausgang einer Bronchopneumonie in Gangrän der Lunge. Die Gesamtmortalität war 37 %, die der Kinder unter einem Jahr 50 %. Hecker.

Rudolf Lawatschek (Prag), Ein Fall von Hämatomyelie mit kompletter Leitungsunterbrechung bei einem Neugeborenen mit viermonatlicher Lebensdauer. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Klinisch: Allgemeine Prostration durch ausgebreitete motorische Lähmungen; auffällige Gestaltsveränderung: seitliche starke Abknickung der Wirbelsäule in der Höhe des 12. Brustwirbels als Folge der Muskellähmungen; Bauchwandhernie durch Nachgeben der Fascia transversa.

Anatomisch: Markerweichung im Rückenmark infolge von Geburtstrauma; Atrophie der Muskeln der unteren Extremitäten. Hecker.

Karl Bornstein (Leipzig), Stoffwechselversuche mit Albulactin bei künstlich genährten Säuglingen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Drei exakte Versuche mit dem Ergebnis, daß nach Albulactin-(Lactalbumin-)Darreichung die Stühle häufiger und dünner werden, daß die Ausscheidung des Trockenkotes, sowie die des Kalks und des Stickstoffes — trotz Mehrdarreichung von Eiweiß — übereinstimmend sind. Hecker.

H. Roeder (Berlin), Physiologisches zur Frage der Wärmemessung der trinkfertigen Säuglingsnahrung. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Bei dem Ersatz der Brustnahrung wurde die Körperwärme dieser (37°) meist außer acht gelassen. Nach der gebräuchlichen Erwärmungsart und Kontrolle ist man nicht imstande, den Wärmegrad der Nahrung richtig zu beurteilen, da das subjektive Wärmegefühl der Haut und die Wärmekapazität der Nahrung schwankende Größen sind. Eine Isothermie der Nahrung ist besonders für ernährungsgestörte Säuglinge wichtig. Hecker.

Georg Alsberg (Kassel), Kasuistische Beiträge zur Klinik der Heine-Medinschen Krankheit. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Aus neun beobachteten Fällen werden herausgegriffen ein Fall mit Lähmung des linken Gesichtes, der Nacken-, Arm-, Bein-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Rückenmuskulatur, die alle spontan ad integrum ausheilten, zwei Fälle, die bis auf eine Peroneuslähmung ausheilten, einer, der eine 6 Wochen dauernde Fazialislähmung mit Armlähmung rechts zeigte, von denen die erstere ganz, die letztere bis auf eine Deltoideuslähmung zurückging. Hecker.

Max Meyer (Kiel), Über die Heine-Medinsche Krankheit — spinale Kinderlähmung — in der Provinz Schleswig-Holstein in den Jahren 1909 und 1910. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Ausführliche, in einen epidemiologischen und einen symptomatologischen Teil gegliederte Studie, deren Einzelheiten nicht zu einem Referat geeignet sind. Hecker.

Paul Rohmer (Köln), Tuberkulose- und Tuberkulin-Therapie im Säuglings- und frühen Kindesalter (Nachtrag). (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Einer der in Band 52, Seite 305 und Band 55 Seite 51 des „Archivs für Kinderheilkunde" mitgeteilten Fälle ist zur Sektion gekommen und bestätigt frühere Angaben: Neigung des tuberkulösen Prozesses bei den behandelten Fällen zu langsamerem Verlauf und zu einer gewissen Heilung. Der durch das Tuberkulin erzielte Schutz reicht aber nicht aus, um das Umsichgreifen der Infektion aufzuhalten. Hecker.

W. Archangelsky und **A. Abrikosoff** (Moskau), Ein Fall von Myatonia congenita Oppenheim mit Autopsie. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Die Myatonia congenita stellt klinisch und pathogenetisch eine vollkommen selbständige Krankheit dar. Zugrunde liegt eine Entwicklungshemmung des Muskelgewebes, und zwar entweder eine selbständige oder zusammenhängend mit Entwicklungshemmung des ganzen peripheren motorischen Neurons. Diese Muskelerkrankung kann durch atrophische Veränderungen der schwachentwickelten Ganglienzellen der Vorderhörner der entsprechenden Nervenfasern und Muskeln kompliziert werden. Hecker.

Siegfried Weiss und **Viktor Brudny** (Wien), Sterilac. Apparat zur aseptischen Milchgewinnung, Dauerkühlung und Bereitung von Säuglingsmilch-Modifikationen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 56. Heft 1—3.) Der Apparat, der in allen Teilen auskochbar ist, fungiert gleichzeitig als Melkeimer, Filter und Kühlvorrichtung und kann zum Mischen der gebräuchlichsten Säuglingsnahrungen verwendet werden. Hecker.

R. Hecker, Zytologische und klinische Beobachtungen während der Maserninkubation. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. S. 75.) Verf. hatte Gelegenheit, bei 14 Kindern, darunter 5 Geschwisterpaare, die Klinik, Inkubationszeit der Masern und das Verhalten des Blutes mit Bezug auf die Leukozyten zu studieren.

Die vom Autor selbst zusammengefaßten Schlußsätze lauten:

Das Blut masernkranker Kinder zeigt nicht nur während des exanthemischen Stadiums, sondern auch schon in der letzten Periode der Inkubation gewisse typische Veränderungen, welche, da sie den bisher bekannten Frühsymptomen (Koplik, Exanthem) um 2—6 Tage

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorangehen, in verdächtigen Fällen eine wesentlich frühere Diagnose der Krankheit ermöglichen. Diese Blutveränderungen sind:

1. Leukopenie, 2. relativer und absoluter Lymphozytenschwund, 3. Verschiebung des Arnethschen Blutbildes nach links, 4. Abnahme der eosinophilen Zellen.

Die Leukopenie ist sehr ausgesprochen und durchschnittlich $4^1/_2$ Tage vor dem Ausschlag, 3,3 Tage vor den Koplikschen Flecken bemerkbar, 2 oder 3 Tage vor der Eruption war die Leukopenie zuweilen unterbrochen durch eine Leukozytenvermehrung.

Der Leukozytenschwund führt zu einer Umkehrung des Verhältnisses zwischen Lymphozyten und Neutrophilen. Die bei jungen Kindern überwiegenden Lymphozyten nehmen perzentual stark ab, so daß die Neutrophilen vorherrschen. Dieses Phänomen erscheint früher als die Leukopenie, durchschnittlich 6 Tage vor dem Exanthem, 4 Tage vor den Koplikschen Flecken.

Der relativen Lymphozytenverminderung entspricht, absolut gerechnet, nicht etwa eine Vermehrung der Neutrophilen, sondern in der Tat ein Schwund von Lymphozyten.

Die inkubatorische Leukopenie ist bedingt in der Hauptsache durch eine Einbuße an Lymphozyten, daneben auch in vermindertem Maße durch einen Schwund von Neutrophilen. Die Prozentziffer der einkernigen Neutrophilen nimmt gegen das Ende der Inkubation hin zu. Diese „Linksverschiebung" des Arnethschen Blutbildes tritt durchschnittlich 4 Tage vor dem Exanthem, 2,4 Tage vor den Koplikschen Flecken auf. Die relative Zunahme der einkernigen Neutrophilen war absolut bedingt teils durch Vermehrung der einkernigen, teils durch Reduktion der mehrkernigen Neutrophilen. Die eosinophilen Zellen verschwinden während des Exanthems aus dem Blut und zeigen schon in der Inkubation eine Abnahme, welche durchschnittlich 2,9 Tage vor der Eruption beginnt. Während der Inkubation findet ein ausgedehnter und periodisch schwankender Leukozytenzerfall statt, wobei sich alle Stadien des Zerfalles nachweisen lassen. Ein typisches Verhalten dieser Zerfallzellen nach Menge und Art konnte nicht konstatiert werden. Die Körpertemperatur zeigt schon in frühen Stadien der Inkubation Schwankungen und Erhebungen. Die Infektion selbst manifestierte sich in zwei daraufhin beobachteten Fällen durch 1—2 Tage dauernde katarrhalische Symptome an Augen, Mund und Nase (Primäraffekt der Masern). Die Totalinkubation kann länger als 14 Tage dauern; sie betrug in einem Fall 16, in einem anderen 20 Tage. Die Affinität zum Maserngift zeigt ausgesprochen familiäre (konstitutionelle) Gleichartigkeit.

Die Auffassung der Masern als spezifische Reaktionskrankheit vom Typus der Serumkrankheit der Erstinjizierten wird durch den Befund der Leukopenie und der konstitutionell ähnlichen Reaktion weiter gestützt.

Leukozytose ist nicht immer identisch mit Neutrophilozytose (Ziegler & Schlecht), sondern kann auch Ausdruck einer Lymphozytose sein.

Die Lymphozytosen stehen in enger Beziehung zu den spezifischen tuberkulösen Antikörpern (den Erginen v. Pirquets), deren Quellen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder Träger sie wahrscheinlich sind (denn die Pirquetsche Reaktion schwindet während der Masern zu der Zeit, wo die Lymphozytenzahl herabgeht). Schick.

A. J. Schabad, Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. Caroline Towles: „Untersuchungen über den Einfluß des Phosphorlebertrans auf den Stoffwechsel eines rachitischen Säuglings." (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 1. S. 346. Bd. 2. S. 117.) Polemik gegen Towles. Sch. findet, daß die Resultate der Verf. bei richtiger Deutung der Versuche mit den seinigen in vollem Einklang stehen. Die Grenzen seien zum Teil durch kürzere Versuchsdauer, zum Teil durch andere Momente bedingt. Schick.

Benjamin und **Witzinger,** Die Abschwächung des Scharlachs durch prophylaktische Seruminjektionen. (I. Teil. Scarlatina mitigata.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 2. Heft 2—4. S. 123.) Schon am Naturforschertage in Salzburg hat B. auf die eigentümliche Beobachtung hingewiesen, daß der am 4.—5. Tage nach der Diphtherie in Spitälern auftretende Scharlach gewisse Eigentümlichkeiten hat, die sich meist in einem abortiven Verlauf kundgeben. Er nahm als wahrscheinlich an, daß irgendeine Komponente des Heilserums diesen Einfluß ausübt. In vorliegender Arbeit bringt nun B. im Verein mit seinem Mitarbeiter die Grundlagen für diese Ansicht. Die Schlüsse der Verf. beruhen auf Beobachtungen von 138 Fällen.

Die klinischen Eigenschaften der Scarlatina mitigata bestehen in folgendem: Das Exanthem ist meist schwach entwickelt. Es beginnt gewöhnlich mit einer mehr diffusen, uncharakteristischen, sich über den ganzen Körper erstreckenden Röte, die dann bis zum nächsten Tag wieder zurückgegangen ist. Statt ihrer sehen wir einen feinsprießlichen, oft sehr blassen und meist nur auf gewisse Körperstellen beschränkten Ausschlag. In 6 Fällen ist über die Dauer des Ausschlages nichts bekannt, dreimal verschwand er erst nach 5 Tagen, sonst war das Exanthem immer in kürzerer Zeit abgeblaßt.

Kontrollfälle zeigen bezüglich des Exanthems anderes Verhalten. Unter 133 Fällen blieb das Exanthem 89 mal 5 Tage und darüber bestehen.

Die Leichtigkeit und Atypie des Exanthems hat zur Folge, daß die Diagnose auf Grund der Hauterscheinungen oft außerordentlich schwierig sein kann. Häufig beginnt der Ausschlag an der Seruminjektionsstelle. Das Exanthem juckt. Die Angina ermöglicht in der Mehrzahl der Fälle die Differentialdiagnose gegen Serumexanthem. Zwar ist auch sie nur angedeutet, zu Belägen kommt es sehr selten und auch dann sind sie nur klein.

Der Diphtherieverlauf wird durch die hinzutretende Scharlachinfektion nicht ungünstig beeinflußt. Dies gilt auch für die Larynxaffektion. Das Fieber ist in der Regel einzackig. Manchmal ist 24 Stunden vor Eintritt des Scharlachs ein Vorfieber nachweislich, dessen Natur ungeklärt ist.

Verf. bringen dann ihrer Theorie entsprechende Resultate, die sie an historischem Material (1895—1906) sammelten, das ebenfalls aus

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Münchener Klinik stammt, dann Fälle aus dem Karolinen-Kinderhospital in Wien, die konform den Beobachtungen der Autoren verlaufen.

Verff. gingen nun daran, diese Beobachtung auch prophylaktisch zu verwerten, indem sie bei Familien mit mehreren Kindern nach Auftreten des ersten Scharlachfalles die übrigen Geschwister zum Teil mit Serum behandelten und die nicht behandelten als Kontrollfälle verwendeten. Auch hier glauben die Autoren durch Seruminjektion eine deutliche Mitigierung des Scharlachverlaufes erzielt zu haben. Nur bei zwei Familieninfektionen war kein Einfluß zu konstatieren. Der Ausbruch des Scharlachs erfolgte aber erst 11 bis 13 Tage nach der Injektion. Es ist daher anzunehmen, daß die Dauer des Serumeinflusses eine zeitlich begrenzte ist. Der Termin der Serumkrankheit ist ungefähr die Grenze jenseits, welcher eine Wirkung auf einen nachfolgenden Scharlach nicht mehr zu erwarten ist.

In einem Schlußkapitel gehen die Verff. auf die Einwände über, die sich gegen Verwertung des Materials machen lassen, insbesondere lehnen sie die Möglichkeit eines Einflusses des Genius epidemicus ab. Die Angaben Pospischills, daß die Eruption des Serumexanthems den Ausbruch des Scharlachs begünstige, werden nicht bestätigt.

Die Autoren raten nur dann zur prophylaktischen Injektion von Diphtherieserum oder sterilem Pferdeserum, wenn der erste Scharlachfall in einer Familie bedrohliche Erscheinungen zeigt und eine Trennung der Geschwister undurchführbar ist. Die Injektion soll möglichst früh stattfinden. Sekundäre Komplikationen werden durch diese Methode nicht verhütet. **Schick.**

R. Fischl, Weitere Mitteilungen über mechanische Erzeugung von Albuminurie und Nephritis bei Tieren. (Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 9. S. 641.) In Fortsetzung seiner früheren Versuche, die an Kaninchen vorgenommen waren, berichtet F. über analoge Versuche an Hunden. Die Resultate der Versuche lauten: Eine besondere Empfindlichkeit der Nieren des Kaninchens gegen mechanische Eingriffe scheint nicht zu bestehen, da an Hunden angestellte Versuche in analoger Weise ausfallen. Die Nierenpalpation ist schon nach kurzer Zeit und bei zartem Vorgehen ein das Organ schwer schädigender Eingriff, was auch für den Menschen nicht außer acht gelassen werden sollte. Die Lordose übt eine rein mechanische Wirkung, denn die Ergebnisse gestalten sich auch bei Ausschluß der Reflexvorgänge von seiten des Beckenbodens und der Genitalorgane durch die tiefe Narkose ganz analog. Der allgemeine arterielle Blutdruck ist auf das Zustandekommen des mechanischen Effektes ohne Einfluß. Durch wiederholte Lordosierung läßt sich ein großer Teil der Tiere nierenkrank machen und besteht die Tendenz zur Entwicklung chronischer, zur Schrumpfung neigender Entzündungen. Die onkometrische Untersuchung des Einflusses mechanischer Eingriffe läßt als wesentliches gemeinsames Moment der Wirkung eine Volumzunahme der Nieren konstatieren, welche, da arterielle Hyperäme ziemlich sicher ausgeschlossen werden kann, auf eine Stromverlangsamung im Kreislaufgebiete der Nieren zu schließen erlaubt; die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stauung im Organ scheint bei Zustandekommen der Erscheinungen nur eine auxiliäre Rolle zu spielen. Betreffs der näheren Details verweist Verff. auf die in der Zeitschrift für experimentelle Pathologie erscheinende ausführliche Publikation, welche auch die Kurven und die Abbildungen der Versuchsanordnung bringt. Schick.

Giffhorn, Beitrag zur klinischen Bedeutung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers im Urin der Säuglinge. (Säuglingsabteilung Thiemich.) (Monatschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. S. 648.) Im kalten Urin tritt bei Zusatz von Essigsäure nicht selten ein Niederschlag auf. Die Natur dieses Körpers ist noch nicht ganz klar. G. hat nun das Vorkommen dieses Körpers bei Kindern studiert. Cruse hat diesen Essigsäurekörper bei jüngeren und älteren Säuglingen vorgefunden und ihn als Mucin aufgefaßt. G. konnte diese Befunde von Cruse bestätigen. Bei Zusatz von Essigsäure (bis zum Überschuß) tritt bei ganz gesunden Kindern (Säuglingen) nach längerem Zuwarten fast regelmäßig eine Trübung ein. (Die Harnportionen wurden mit destilliertem Wasser verdünnt.)

Aber auch ohne Berücksichtigung dieser langsam auftretenden minimalen Trübungen fand sich häufig in völlig klarem Urin ein ausgesprochener Essigsäurekörper. Diese deutliche Reaktion trat aber nie bei in strengem Sinne gesunden Kindern auf.

Bei solchen, die an eitrigen Erkrankungen der Harnwege litten, fehlte sie selten. Oft war sie aber auch anzutreffen bei leicht dyspeptischen, mehrere Wochen oder Monate alten Ammenkindern, bei schwer und leicht ernährungsgestörten und parenteral erkrankten Säuglingen. Bei demselben Kinde war die Reaktion an einem Tage stärker, an einem anderen Tage schwächer oder kaum angedeutet. Mitunter war sie zu finden als Vorläufer einer Albuminurie, in ihrer Begleitung oder als Überrest nach ihrem Verschwinden, mitunter wurde sie monatelang ohne Albuminurie angetroffen. Aus diesen Beziehungen zur Albuminurie darf man wohl schließen, daß der Essigsäurekörper einen empfindlicheren Indikator irgendwelcher Störungen des Körpers darstellt, als das Auftreten von Albumen. Eine speziell diagnostische Bedeutung, wie im späteren Kindesalter bei der orthotischen Albuminurie, scheint das Vorkommen des Essigsäurekörpers im Säuglingsalter aber nicht zu besitzen. Schick.

Fritz Kaspar, Ein Fall von Säuglingstyphus mit einer selteneren Komplikation. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. S. 653.) Ein 10 Wochen alter Säugling, der sonst das Bild eines Atrophikers bot, zeigt eine Schwellung des rechten Kniegelenkes. Es handelte sich um einen periartikulären Abszeß, in dessen Eiter ausschließlich Typhusbazillen nachgewiesen werden konnten.

Anamnestisch war zu erheben, daß das Kind 3 Wochen vor der Spitalsaufnahme an Darmkatarrh erkrankt war und stark an Körpergewicht abnahm. Nach einer Woche trat hohes Fieber ein. Das Kind hatte Schmerzen und zeigte schon damals eine Schwellung des rechten Kniegelenkes. Der Befund bei der Aufnahme des Kindes ergab anfänglich gar keine weiteren Erscheinungen. Das Serum

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gab Widalsche Reaktion. Auch im Harn konnten Typhusbazillen nachgewiesen werden.

Das Kind ging an einer Streptokokkeninfektion zugrunde.

Schick.

J. A. Schabad und **R. F. Sorochowitsch**, Lipanin als Ersatzmittel des Lebertrans bei Rachitis. Sein Einfluß auf den Stoffwechsel. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. S. 659.) Auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen kommt Sch. zu folgenden Resultaten:

1. Lipanin wie auch Olivenöl verbessern die Resorption des Stickstoffes und des Fettes, aber das Lipanin hat in dieser Hinsicht keinen Vorzug vor dem Olivenöl.

2. Lipanin verbessert nicht die Kalkretention bei Rachitis.

3. Lipanin, wie auch die anderen Fette, Olivenöl, Sesamöl, können den Lebertran bei der Behandlung der Rachitis nicht ersetzen.

Schick.

G. Peritz, Enuresis nocturna und Spina bifida occulta (Myelodysplasie). (Aus der II. Medizin. Klinik der Charité in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 27.) Fuchs hat im vergangenen Jahre einen Symptomenkomplex — die Myelodysplasie — beschrieben, als dessen Hauptsymptom die Enuresis nocturna fungiert und wobei sich fast stets eine Spina bifida occulta findet.

Fuchs hat folgende Symptome als charakteristisch für das Krankheitsbild der Myelodysplasie bezeichnet: Einmal die Enuresis nocturna, dann ferner verschiedene Degenerationszeichen, zu denen solche an der Haut des Rückens und Beckens gehören, und ferner solche an den Füßen. In der Kreuzbeingegend findet man häufig eine Hypertrichosis, Lipome in der Steißbeingegend, ferner auffallende Asymmetrien an der Rima ani, häufiges Vorkommen der Fovea coccygea, fistelartige Einziehungen der Sacro-Coccygealgegend in fast 63 %. An den Füßen sah P. häufig Syndaktylie, hin und wieder Hohlfußbildung, und neuerdings betont er, daß er bei Kindern sehr häufig Plattfüße gesehen habe. Von solchen Symptomen, die direkt als das Zeichen einer Erkrankung des Nervensystems anzusehen sind, ist eine Gefühlsstörung für warm und kalt an den Zehen, vornehmlich an der großen Zehe zu erwähnen, in ganz seltenen Fällen auch eine solche für Berührungen derselben Gegend. Schließlich kommt auch hin und wieder ein Fehlen der Sehnenphänomene an den unteren Extremitäten zur Beobachtung. Als vornehmlichsten Beweis für das Vorhandensein einer Störung in der Entwicklung der untersten Teile des Rückenmarks sieht aber Fuchs das Vorhandensein einer Spina bifida occulta in einem großen Prozentsatz der untersuchten Fälle an.

Die Störungen, welche P. nun bei seinem Material gefunden hat, bestätigen zum Teil die Angaben von Fuchs.

Was z. B. die Spina bifida occulta betrifft, so muß auch P. gestehen, daß sie das häufigste Symptom neben der Enuresis nocturna ist.

P. glaubt, daß bei denjenigen Kindern, welche noch nach Jahren ihre Enuresis behalten, welche auch über die Pubertät hinaus an dieser Krankheit leiden, oder bei denen die Enuresis nocturna erst

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im 7., 8. Lebensjahre beginnt, der Enuresis eine Myelodysplasie zugrunde liegt. Das Vorhandensein einer Syndaktylie und einer abnormen Behaarung des Kreuzbeins hat P. des öfteren bei solchen Kindern konstatieren können, ebenso bei älteren Kindern Gefühlsstörungen für warm und kalt. Jüngere Kinder sind natürlich zu derartigen Prüfungen nicht geeignet, weil sie ihre Aufmerksamkeit nicht konzentrieren und keine konstanten Angaben machen können.

Die Frage ist berechtigt, ob die Spina bifida occulta und die Enuresis nocturna nicht zwei parallele Vorgänge sind, die miteinander nichts zu tun haben und nur als ein Signum degenerationis anzusehen sind.

Es scheinen aber gewichtige Gründe dafür zu sprechen, daß tatsächlich ein enger Zusammenhang zwischen der Spina bifida occulta und der Enuresis nocturna besteht.

Eine wesentliche Stütze für die Annahme, daß die Enuresis nocturna und die Veränderungen infolge der Spina bifida occulta im Rückenmarkskanal zusammengehören, resultiert z. B. daraus, daß in schweren Fällen der Spina bifida occulta Störungen, welche einer Blasenlähmung entsprechen, trophische Störungen an der Haut und Lähmungen in den Muskeln der unteren Extremitäten, gefunden werden. Solche Fälle hat Katzenstein, Bernhardt, Maass und Remak u. a. beschrieben. Sieht man sich diese Fälle genauer an, so unterscheiden sie sich von den Fällen mit reiner Enuresis nocturna nur graduell, nicht aber prinzipiell. Auch sie zeigen Syndaktylie, überzählige Zehen usw. (Bernhardt, Remak). Diesen schwersten Störungen, verursacht durch eine Myelozystozele oder eine Spina bifida occulta, zunächst stehen solche Fälle von Enuresis, bei denen die Kniephänomene fehlen oder nur mit Jendrassikschem Handgriff auszulösen sind und bei denen sich Gefühlsstörungen in den untersten Partien der Beine finden; ihnen folgen dann solche, bei denen die Reflexanomalien nicht vorhanden sind, und schließlich am letzten Ende stehen solche, bei denen sich nur die Spina bifida vergesellschaftet mit einer Enuresis nocturna.

Der Fall von Katzenstein ist insofern interessant, als Katzenstein Blasenlähmung und motorische Störungen operativ heilen konnte durch Entfernung des Verbindungsstranges, der sich zwischen Haut und Rückenmark vorfand. Das Offenbleiben des Sakralkanales ist ja auch nur ein Symptom, nicht aber die Ursache des Leidens. Man muß sich vielmehr vorstellen, daß das Zusammenwachsen der Knochen am Os sacrum deswegen unterbleibt, weil hier eine Trennung des Medullarrohrs vom Hornblatt nicht geschieht, die für gewöhnlich während des Fötallebens vor sich geht, so daß das Medullarrohr, ebenso die Dura und darüber der Knochen und die Haut sich schließen können. Nach anderen Anschauungen, die besonders von Cruveillier und von Virchow vertreten werden, ist der Zusammenhang zwischen Hornblatt und Medullarrohr als sekundär entstanden anzusehen durch amniotische Stränge und Entzündungsprozesse. Also hinter dem Offenbleiben des Sakralkanales liegt eine Wachstumsstörung, die entweder primär durch das Wegbleiben der Trennung von Hornblatt und Medullarrohr oder aber sekundär durch Entzündungsprozesse

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bedingt ist. Maass und Katzenstein fanden nur solide, feste Stränge zwischen Haut und Dura bei ihren Spina bifida-Operationen. Die Wirbellücken sind ausgeführt durch Gewebsmassen, welche sogar Geschwulstcharakter haben können und die eine feste Verbindung zwischen Dura und Haut darstellen. Danach würde es sich um den Druck eines Narbengewebes auf die Nerven der Cauda equina handeln, und zwar im wesentlichen auf die sensiblen Bahnen, während die motorischen keine Störung aufweisen.

Auch in dem Fall, den Bernhardt beschrieben hat, war die Sensibilität bei weitem mehr getroffen als die Motilität. Dadurch ist die Reizleitung zum Gehirn, über die die höher gelegenen Zentren von dem Füllungsgrad der Blase Aufschluß erhalten, erschwert oder gestört. Man könnte nun gegen diese Erklärung einwenden, daß ein Teil der Fälle von Enuresis nocturna durch Erziehung und Suggestivbehandlung zu heilen ist.

Es ist nicht mit Sicherheit festzustellen, ob alle Fälle von Enuresis nocturna zu Myelodysplasie gehören. P. ist durchaus nicht dieser Ansicht und glaubt, daß es auch Fälle gibt, die auf einer anderen, wahrscheinlich funktionellen Basis beruhen. Bei Kindern hat er 35 % feststellen können, die sicher eine Spina bifida occulta hatten. Da hier aber alle Fälle unter 8 Jahren nicht durch das Röntgenbild erkennbar sind, so stellt der gefundene Wert einen unteren Grenzwert dar. Der bei Erwachsenen erhobene Befund von 68 % wird bei Kindern nicht voll erreicht werden. P. nimmt an, daß etwa 50—55 % der Kinder, die an Enuresis nocturna leiden, dieses Symptom als den Ausdruck der Myelodysplasie zutage treten lassen.

Es scheint nun, daß durch die Feststellung einer Myelodysplasie als Ursache einer Enuresis nocturna eine Therapie ihre Erklärung findet, die bis dahin unerklärbar schien: die Cathelinsche Methode der Epiduralinjektionen. Als diese Methode aufkam, war man schnell bereit, sie für eine neue Art der Suggestivbehandlung zu erklären, zumal auch Cathelin selbst nur immer von einer „Umstimmung der Nerven“ sprach, worunter man sich nichts vorstellen konnte. Handelt es sich aber, wie wir annehmen, um einen mechanischen Druck und eine Zerrung auf die Nerven infolge des sich dort findenden Narbengewebes, so wird die Art der Therapie verständlich. Bei der Epiduralinjektion spritzt man größere Mengen physiologischer Kochsalzlösung und Novokain 0,5 % in den Epiduralraum ein. Dieser Raum wird nach oben begrenzt vom Ende des Duralsackes, der bis zum ersten Sakralwirbel etwa reicht. Nach unten zu wird er abgeschlossen durch eine Membran, die den Hiatus sacralis bedeckt. In diesem Raum liegt ein Teil der Cauda equina, also extradural. Es ist dies der Raum, in dem sich das Narbengewebe und die Narbenstränge finden, welche die Ursache für das Offenbleiben des Sakralkanals abgeben. Cathelin hat gezeigt, daß man durch diese Verschlußmembran des Hiatus sacralis mit einer ungefähr 6 cm langen Nadel bequem hineinkommt, wenn man bei geschickter Nadelführung die verschiedenen Knochen, gegen die man stoßen kann, vermeidet. Man kann 10—20 ccm injizieren; P. hat auch schon einmal 25 ccm eingespritzt. Der Effekt wird nach den eben gemachten Auseinander-

Digitized by Google CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

setzungen der sein, daß man eine Dehnung der an den Nerven zerrenden Stränge hervorruft und damit die Nerven von dem auf ihnen lastenden Druck befreit. Also die Methode ist eine rein mechanische. Man kann 20—25% Heilungen damit erzielen. Die Injektionen muß man mehrmals wiederholen, am besten unter Steigerung der Flüssigkeitsmenge. Das spricht ebenfalls für die Anschauung einer mechanischen Dehnung.

Auch eine andere Methode, die Heubner empfiehlt, wird durch die Annahme eines mechanischen Druckes auf die Cauda equina verständlich. Er sah Erfolge davon, daß man die Kinder an den Beinen aufhängte, also durch eine mechanische Dehnung. Umgekehrt ist es aber selbstverständlich, daß man nicht in allen Fällen Erfolge erwarten darf. Denn es wird von der Masse und der Festigkeit der Narbenstränge abhängen, ob man mittels der Einpressung von Flüssigkeit eine genügende Dehnung erzielt. In einem Teil der Fälle wird dieser Druck nicht ausreichen, auch nicht bei 10- und 12maliger Wiederholung. Hier muß dann der Chirurg eingreifen und mittels des Messers, entweder, wie es Katzenstein gemacht hat, den drückenden und zerrenden Strang entfernen, oder aber, nach dem Vorgange von Maass, nur in der Weise, daß man die Spannung des sehnigen Stranges durch Einschnitte vermindert und so eine Besserung herbeiführt. Grätzer.

L. Meyer (Berlin), Zur chirurgischen Behandlung der angeborenen Trichterbrust. (Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 34.) Unter Trichterbrust versteht man nach Ebstein eine trichterförmige Einsenkung oder Vertiefung der medialen Partie der vorderen Brustwand und des obersten Teils der vorderen Bauchwand dergestalt, daß die tiefste Stelle derselben bis dicht an die Wirbelsäule reicht.

Bei einem mit solcher „Trichterbrust" behafteten 16jährigen Patienten, der an hochgradiger Atemnot litt, führte M. die Freundsche Operation aus. V. A. Freund hat bekanntlich vorgeschlagen, die Folgen primärer Thoraxanomalien chirurgisch zu bekämpfen und den Thorax mittels Durchschneidung und Exzision eines kleinen Teiles aus den Rippenknorpeln zu mobilisieren, d. h. ihm künstlich eine größere Beweglichkeit zu schaffen, als er auf Grund der an ihm bestehenden pathologischen Veränderungen besitzt. M. entfernte nun obigem Patienten vollständig den 2. und 3., je $2^1/_2$ cm langen Rippenknorpel der einen Seite mit dem Erfolge, daß schon 2 Tage darauf die Atemnot geschwunden war. Grätzer.

E. Müller und **E. Seligmann**, Klinische und bakteriologische Beobachtungen bei Säuglingsgrippe. (Aus dem Großen Friedrich-Waisenhause und dem Untersuchungsamt der Stadt Berlin.) (Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 36.) Es fielen besonders 2 Gruppen von Kindern auf: solche, die unter dem klinischen Bilde der Sepsis erkrankten, und solche, die Exsudatbildung in den serösen Körperhöhlen aufwiesen, so Empyeme der Pleurahöhle, bei welchen — namentlich bei Säuglingen unter 6 Monaten — die Prognose sehr ungünstig ist, so Exsudatbildung in der Peritonealhöhle — mit noch trostloserer Prognose.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei einigen Fällen kam es zu zerebralen Symptomen — Vorwölbung der Fontanelle, Krämpfe — die die Vermutung einer Meningitis nahelegten. Die Autopsie ergab seröse Durchtränkung der Hirnhäute; es kann sich also auf die Schädelhöhle an dieser Neigung zum Flüssigkeitsaustritt beteiligen (wenn es hier auch noch nicht bis zur Exsudatbildung kam).

Nun zu den bakteriologischen Beobachtungen:

Es gelang zweimal, aus der Empyemflüssigkeit kranker Kinder Bakterien herauszuzüchten, die mancherlei Besonderheiten boten, und die Verff. dann später auch regelmäßig bei der Sektion an Grippe gestorbener Kinder im Blut und in den Organen nachweisen konnten, und zwar sowohl bei solchen mit septischen Krankheitserscheinungen wie bei denen mit Exsudatbildungen. Im ganzen konnten Verff. die gleichen Krankheitserreger in 8 verschiedenen Fällen isolieren. Ihr biologisches Verhalten ist das folgende: Im Blute der gestorbenen Kinder findet man spärlich Kokken, die ziemlich klein sind und einzeln oder zu zweien und dreien gelagert sind. Ketten von mehr als 5 bis 6 Gliedern haben Verff. im Blut nie gesehen.

Auch in den Exsudatflüssigkeiten ist diese Anordnung charakteristisch, nur daß sich hier meist große Mengen vorfinden.

Sodann findet man die gleichen Kokkenformen regelmäßig im Lungensaft und in der Milz; nicht selten auch in den anderen großen Organen. Das Lumbalpunktat war stets steril.

Somit scheint es sich um eine Kokkenart zu handeln, die zur Gruppe der Streptokokken gehört. Das hat auch die kulturelle Untersuchung bestätigt. Grätzer.

Ph. Bockenheimer, Zystischer Tumor bei Hufeisenniere, durch Operation entfernt. (Ebenda.) Es handelte sich bei dem 6jährigen Knaben um eine im Mark entstandene Solitärzyste. Trotzdem sprach der makroskopische Befund, vor allem der geknickte Verlauf des linken Ureters, der, auf der rechten Seite wohl in derselben Weise verlaufend, abgeknickt worden ist, dafür, ebenso wie der mikroskopische Befund, daß man es mit einer in einer Hufeisenniere infolge einseitiger Verlegung des Ureters entstandenen, halbseitigen Hydronephrose zu tun hatte. Ob dieselbe kongenital angelegt war oder erst später entstand, läßt sich freilich weder aus dem Operationsbefund noch aus der eingehenden Untersuchung einwandfrei entscheiden. Für die kongenitale Entstehung sprachen die Erfahrungen der Literatur, nach der solche Zystenbildungen schon mit der Entwicklung der Niere vielfach Hand in Hand gehen, und weiter der Umstand, daß nach Angabe der Eltern der Leib bereits von Jugend an auf der rechten Seite etwas stärker gewesen sein soll.

Andererseits läßt sich aber auch nicht von der Hand weisen, daß erst später, nachdem die rechte Hälfte der Hufeisenniere längere Zeit normale Beschaffenheit hatte, durch Abknickung des Ureters eine Hydronephrose entstand. Jedenfalls ist das Alter des Patienten ein genügendes, als daß sich im Lauf der Jahre aus der Hufeisenniere eine Hydronephrose bilden konnte, namentlich wenn man die

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Störungen in der Sekretion der rechten Hälfte der Hufeisenniere in die früheste Jugend verlegt.

Eine dritte Möglichkeit wäre endlich diejenige, daß eine kongenitale, bereits bestehende, durch ein geringes Hindernis in den ableitenden Harnwegen entstandene Hydronephrosenbildung durch einen postembryonal eintretenden vollkommenen Verschluß des Ureters zu dieser außerordentlich ausgedehnten, nur noch als Solitärzyste imponierenden hydronephrotischen Zyste geworden ist.

Wie dem auch sei, bisher sind die durch die Zyste bedingten Beschwerden mit der Entfernung der Zyste dem Patienten vollständig genommen, ohne daß sich irgendwelche Störungen in der Funktion der gesunden Hälfte der Hufeisenniere gezeigt haben. Immerhin muß bei dem abnormen Verlauf des linksseitigen Ureters an die Möglichkeit gedacht werden, daß gelegentlich einmal eine Verlegung der linken Nierenhälfte durch allmähliche oder vollständige Abknickung des Ureters eintritt, wodurch dann eine hydronephrotische Entartung der bisher gesunden Hälfte der Hufeisenniere leider nicht zu vermeiden wäre. Aus diesem Grunde ist auch eine dauernde Beobachtung des Patienten nötig, damit eventuell bei bereits geringen Störungen, welche auf eine derartige Komplikation hinweisen, durch einen operativen Eingriff eine Verlagerung der Hufeisenniere sowie eine günstige Verlaufsgestaltung des Ureters angebahnt werden könnte.

Grätzer.

Wolfrum, Über die dem Trachom des Erwachsenen analoge Bindehauterkrankung des Neugeborenen. (Aus der Univers.-Augenklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschr. 1911. Nr. 28.) Eine Reihe von Autoren hat wieder neuerdings gezeigt, daß beim Katarrh der Neugeborenen — es handelt sich dabei um Bindehautaffektionen, die von der eitrigen Blennorrhoe bis zum leicht sezernierenden Katarrh alle Übergänge zeigen können — Einschlüsse sich in den Zellen finden, welche in der Form den bei Trachom nachweisbaren durchaus gleichen. Manchmal sind die Einschlüsse mit Gonokokken uud Pneumokokken vergesellschaftet gewesen. Auch W. hat 5 Fälle gesehen, wo sich Einschlüsse und Pneumokokken fanden, letztere allerdings spärlich.

Ob man solche Einschlußblennorrhöen bei Neugeborenen oder frische Trachome von Erwachsenen untersucht, stets finden sich mikroskopisch die gleichen Bilder. W. glaubt, daß auch auf Grund seiner eigenen Übertragungsversuche an der Gleichheit der Erreger der beiden klinisch so verschieden aussehenden Krankheiten kaum mehr gezweifelt werden kann. Einschlußblennorrhoe und Trachom repräsentieren Typen in einem Zyklus von Erkrankungen, dessen Ausgangspunkt auf der Schleimhaut der Sexualorgane zu suchen ist.

W. verfügt über 40 Fälle von Einschlußblennorrhoe. Diese nimmt nicht am 2. oder 3. Tage nach der Geburt, sondern erst am 5. oder 6., ja bis zum 14. Tage ihren Anfang, und zwar in der Regel nicht in Form eines akuten Prozesses, sondern mit leichter schleimig-eitriger Sekretion, ohne nennenswerte Schwellung der Lider. Manchmal ist die Bindehaut leicht ödematös, nie aber gewinnt das Krankheitsbild

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Heftigkeit einer schweren Gonoblennorrhoe. Meist ist es das einer leichten, chronisch verlaufenden Bindehauterkrankung, mit mäßig schleimig-eitriger Sekretion. Auch die akuten Fälle gehen in kurzer Zeit in die chronische Form über. In diesem Zustand findet sich eine verhältnismäßig starke Schwellung der Übergangsfalten und eine eigenartige leichte Unebenheit der Conjunctiva; W. hat sie besonders am Unterlide gesehen und möchte sie als gestichelt oder punktiert bezeichnen.

Wenn man beim Neugeborenen leichtere Katarrhe sieht, muß man an Einschlußblennorrhoe denken. Therapeutisch ist diese leicht zu beeinflussen; Protargoleinträufelungen bringen sie leicht zur Abheilung. Grätzer.

Sulzer, Über subperiostale Diaphysenresektion bei Ostitis acuta purulenta fibulae. (Ebenda.) Einige so behandelte Fälle führen S. zu dem Schlusse, daß bei der leichten Ausführbarkeit der Methode, welche keinerlei Wachstums- oder Funktionsschädigungen des Beines im Gefolge hat, diese bei jeder akuten Fibulaostitis mit Vorteil angewandt werden kann.

Direkt indiziert halte S. dieselbe aber:

1. bei schwer beeinträchtigtem Allgemeinzustand; durch die rasche Eliminierung des ganzen Krankheitsherdes wird der Gefahr der Sepsis auf diese Weise begegnet;

2. bei der Feststellung jeder mehr diffusen eitrigen Fibulaerkrankung, und zwar:

a) bei jeder ausgedehnteren Periostablösung durch Eiter,

b) bei jeder diffusen oder multiplen herdförmigen Kortikal- oder Markvereiterung, auch wenn das Periost noch wenig abgelöst ist. Grätzer.

M. Feibelmann, Ein Masernrheumatoid im Säuglingsalter. (Aus dem Gisela-Kinderspital München.) (Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr. 29.) Bei einem 6 monatigen Kinde röteten sich zahlreiche Gelenke und schwollen an. Um was handelte es sich? Syphilis, Tuberkulose, Gonorrhoe usw. waren auszuschließen; ein Fall von Masernrheumatoid im Säuglingsalter ist bisher nicht bekannt.

Auch der echte akute Gelenkrheumatismus gehört im Säuglingsalter zu den allergrößten Seltenheiten, ja es wird in der Regel überhaupt bestritten oder bezweifelt, daß er bei Säuglingen vorkommt. Schlossmann hat im Jahre 1903 die hierhergehörigen Beobachtungen aus der Literatur zusammengestellt, und aus seinen Mitteilungen ergibt sich, wie wenig Sicheres hierüber bekannt ist; seine eigenen Fälle betreffen Kinder des zweiten Lebensjahres. F. trägt um so mehr Bedenken, den Fall als echten Gelenkrheumatismus aufzufassen, da auch der klinische Verlauf keineswegs dem typischen Bilde des kindlichen Gelenkrheumatismus entsprach. Nach Ibrahim ist speziell charakteristisch für den akuten Gelenkrheumatismus im Kindesalter der in der Regel mildere und kürzere Verlauf der eigentlichen Polyarthritis, während eine Beteiligung und eine nachhaltige Schädigung des Herzens noch häufiger ist als bei Erwachsenen. Bei obigem Fall blieb

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Herz unbeteiligt, während die lokalen entzündlichen Symptome an den Gelenken sehr intensiv ausgeprägt waren; dazu kommt noch, daß ein sprungweises Wandern des Prozesses von einem Gelenk zum anderen ebensowenig beobachtet wurde, wie eine ausgeprägte Heilwirkung des Salizyls auf die Gelenkerscheinungen. Nur das Fieber wurde durch das Aspirin günstig beeinflußt, die Gelenkveränderungen bildeten sich erst innerhalb 8 Tagen zurück.

So kommt T. zum Schluß, der an und für sich bei dem Verlauf der ganzen Erkrankung sich dem Beobachter aufdrängte, daß ein ätiologischer Zusammenhang zwischen den multiplen Gelenkerkrankungen und den 5 Tage zuvor ausgebrochenen Masern bestehen mußte, daß also ein echtes Masernrheumatoid vorlag. Grätzer.

H. Merkel, Trauma und Meningitis. (Aus dem Patholog. Institut zu Erlangen.) (Münch med. Wochenschrift 1911, Nr. 29 u. 30.) M. zeigt an der Hand einiger Fälle die Schwierigkeit und Unsicherheit der Beurteilung solcher Fälle und publiziert eine eigene Beobachtung. Nach dem erhobenen Tatbestand, dem klinischen Verlauf der Krankheit und dem objektiv festgestellten Autopsiebefund war hier nicht nur mit allergrößter Wahrscheinlichkeit, sondern mit absoluter Sicherheit die tödliche Meningitis die direkte Folge des an sich relativ geringfügigen Schädeltraumas gewesen! Grätzer.

M. Wichura (Heilbronn), Zur Toleranz des Säuglings für Morphium. (Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr. 30.)

3 monatiges Taglöhnerkind, stets künstlich genährt, leidet seit einigen Wochen an Störungen in der Ernährung, großer Unruhe und fast täglich auftretenden Krämpfen.

Befund: Gewicht 4600 g, blaß, ziemlich kräftige Muskulatur, mäßiges Fettpolster. Belegte Zunge, aufgetriebener Leib. Fettseifenstuhl. Keine Zeichen von Rachitis. Chvostek + +, Trousseau + +. Während seines 1. Besuches konnte W. einen schweren Krampfanfall (Aufhebung des Bewußtseins, tonische Starre der Muskulatur, Stimmritzenkrampf, Atmungsstörung mit Zyanose) beobachten. Ordination: Darmentleerung, Teediät, 2 mal täglich 0,4 Chloralhydrat. — Nacht ruhig. Nach fast 24 stündiger Teediät gibt der Vater dem Kinde irrtümlich statt der verordneten Chloralhydratlösung einen halben Teelöffel (nach der 1. Aussage sogar einen ganzen Teelöffel) einer für die Mutter bestimmten 1 %igen Morphiumlösung. Wenn man den Inhalt eines Teelöffels zu mindestens 4 g rechnet, so hat das Kind also mindestens 2 Zentigramm (0,02) Morphium erhalten. Das kurz vorher noch lebhafte Kind schlief sofort ein. Erst 1 Stunde später, als der Mutter die gänzliche Bewußtlosigkeit und die starren Augen auffielen, wurde die Verwechslung der Medikamente bemerkt.

Hinzugerufen, fand W. das Kind mit leicht gerötetem Gesicht, gänzlich bewußtlos, ohne jede Reaktion, mit stark verengten, reaktionslosen Pupillen. Spasmen in der Muskatur. Atmung regelmäßig, nicht erkennbar verändert, von leichtem Rasseln begleitet. Puls gut gefüllt, regelmäßig, 80—90.

Nach reichlicher Magenspülung wurde die Anwendung öfterer Hautreize und die Eingabe kleiner Mengen schwarzen Tees verordnet. Die Mutter führte in ihrer Kopflosigkeit diese Verordnungen nicht aus, sondern ließ das Kind, nach einem vergeblichen Versuch, dem Kinde Tee beizubringen, ruhig liegen.

4 Stunden nach Eingabe des Morphium sah W. das Kind wieder. Tiefes Koma; die Atmung vertieft und unregelmäßig, begleitet von reichlichen stertorösen Geräuschen. Die frühere Rötung des Gesichtes hatte einer ziemlichen Blässe Platz gemacht; Anfälle von Zyanose traten auf, bedingt durch die gestörte Atmung. Puls kleiner, doch gut zu fühlen, 90. Starre Pupillen, beginnende Konjunktivitis. Durch künstliche Atmung, energische Hautreize und Injektion von 0,1 Koffein besserte sich der Zustand etwas. Während der nächsten Stunden wurden die dann gegebenen Verordnungen (häufiger Lagewechsel, Hautreize,

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wärmeflaschen, Tee) anscheinend befolgt. Zirka 9 Stunden nach Eingabe des Giftes soll das Kind sehr kalt geworden sein, 3 Stunden später nahm das Kind freiwillig etwas Tee, desgleichen nach weiteren 2 Stunden. In gleicher Zeit bemerkte die Mutter starken Schweißausbruch.

Als W. dann (16 Stunden nach Einnahme des Medikamentes) das Kind wieder sah, war es zwar noch sehr matt und schläfrig, doch ohne erkennbare Bewußtseinstrübung. Die Pupillen waren mittelweit und reagierten wieder auf Lichteinfall. Es erfolgte ein dünner Stuhlgang. Erbrechen war während des ganzen Verlaufes der Vergiftung nicht aufgetreten. Am nächsten Tage war das Kind vollkommen munter; es bestand noch eine mäßige Bronchitis.

Der Fall zeigt, daß die für das Säuglingsalter angenommene geringe Toleranz für Morphium nicht immer vorhanden zu sein braucht. Im vorliegenden Falle hat das erst $^1/_4$jährige Kind mindestens das 20fache der nach dem 1. Lebensjahre üblichen Dosis erhalten und die Vergiftung verhältnismäßig gut überstanden, was wohl nicht nur der erst nach reichlich 1 Stunde erfolgten Magenspülung gutgeschrieben werden kann. Das Kind war ja außerdem durch die vorhergegangenen häufigen Krämpfe und die Ernährungsstörung geschwächt, und die Vergiftung erfolgte, während das Kind sich im Hungerzustand befand und bereits mehrere Dosen von Chloralhydrat aufgenommen hatte.

Überhaupt scheinen W. — auch bei anderen differenten Mitteln — die für junge Kinder angegebenen Maximaldosen sehr niedrig zu sein. So besonders bezüglich des Kodeins. W. hat wiederholt beobachtet, daß eine Dosis von 0,02 Codein. phosphor. nicht in der Lage war, bei Kindern von 1—2 Jahren pleuritischen Reizhusten erkennbar zu beeinflussen. Die übliche Dosis ist für das genannte Alter 0,003—0,01 g.

Grätzer.

Best (Dresden), Die Erblindungsgefahr infolge von Augenentzündung der Neugeborenen. (Medizin. Klinik 1911, Nr. 29.) Nicht nur die Erkrankungsgefahr an Blennorrhoe ist seit Credé erheblich heruntergegangen, von 8,9% vor 1881 auf zur Zeit 0,48% der Geburten in Anstalten und wahrscheinlich noch weniger unter der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch die Zahl der Erblindungen durch Blennorrhoe der Neugeborenen ist gesunken, wenn auch nicht in gleichem Maße wie die der Erkrankungen. Von den Zöglingen der Blindenanstalten sind 1911 nur 13% gegen früher 30% infolge von Blennorrhoe erblindet. Aber auch jetzt noch spielt die Blennorrhoe, abgesehen von den angeborenen Bildungsfehlern des Auges die Hauptrolle unter den Ursachen der jugendlichen Erblindung, größer als die Skrofulose (Tuberkulose), die am nächsten steht, und verschiedene Infektionskrankheiten des Kindesalters oder Verletzungen. Das bedeutet eine ernste Mahnung, in den hygienischen Bestrebungen zur Bekämpfung der Augenentzündung der Neugeborenen nicht nachzulassen. Die Gefahr doppelseitiger Erblindung ist nach Ausbruch der Blennorrhoe auf 1—2% der Erkrankungen zu schätzen.

Grätzer.

E. Kröber (Rheydt), Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der Idiotie. (Aus der Idioten-Erziehungs- und Pflegeanstalt „Hephata" in M.-Gladbach.) Medizin. Klinik 1911, Nr. 32.) Um einen Beitrag zu dieser Frage zu liefern, hat K. bei den Zöglingen der Evangelischen Idioten-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erziehungs- und Pflegeanstalt „Hephata“ zu M.-Gladbach den Prozentsatz an Luetikern festzustellen versucht. Bei den 262 männlichen Idioten, welche serologisch untersucht wurden, fand sich Komplementablenkung in 21,4 %. Das Alter der Untersuchten betrug 6 bis 48 Jahre. Bezüglich Lues der Eltern ergab die Anamnese in keinem einzigen Falle sichere Anhaltspunkte. In vier Fällen war Potatorium eines oder beider Eltern festgestellt. Neuropathische und psychopathische Belastung ließ sich in 18 Fällen nachweisen, Trauma und Gehirnerkrankung im frühen Kindesalter fanden sich viermal angegeben. In einem Falle wurde als Grund des Schwachsinns Schreck der Mutter während der Schwangerschaft bezeichnet. Bei drei Zöglingen mit positiver Wassermannscher Reaktion konnte K. charakteristische Stigmata der Erbsyphilis feststellen. Die Untersuchten mit positivem Ausfall der Wassermannschen Reaktion setzten sich zusammen aus Schwachsinnigen aller Schattierungen, weder bezüglich der somatischen noch der psychischen Symptome ließen sich gemeinsame, etwa für luetischen Schwachsinn charakteristische Merkmale nachweisen. Ob nun in all den Fällen von positivem Ausfall der Wassermannschen Reaktion die Lues auch als die einzige Ursache der Idiotie anzusprechen ist, scheint sehr fraglich. Es läßt sich an Hand des vorliegenden Materials absolut nicht nachweisen, wie oft nicht etwa das Potatorium der Eltern, erbliche Belastung, Trauma und andere Ursachen den Grund zur Entwicklung des Schwachsinns abgegeben haben. Es ist doch sehr wohl möglich, daß ein Kind aus vorgenannten Gründen idiotisch ist und gleichzeitig an kongenitaler Lues leidet. Würde die Lues in den vorher erwähnten Fällen der einzige Grund zur Entstehung des Schwachsinns sein, dann wäre es nicht unmöglich, daß Idioten mit positivem Ausfall der Wassermannschen Reaktion gemeinschaftliche charakteristische Zeichen aufwiesen, wie sie beispielsweise dem Kretinismus, der amaurotischen, der mongoloiden Idiotie und der juvenilen Paralyse eigen sind. Wir würden dann innerhalb der Idiotie eine neue Gruppe haben. Die Tatsache, daß an dem vorliegenden Materiale derartige Charakteristika nicht festzustellen waren, erscheint als ein Wahrscheinlichkeitsgrund mehr, die Lues als alleinige Ursache zur Entstehung der Idiotie bei den Wassermann-positiven Fällen abzulehnen. Es wäre von sehr großer Wichtigkeit, wenn möglichst früh sofort nach Erkennung des Schwachsinns eine Serumuntersuchung der Eltern und des Kindes angestellt würde. Vielleicht würden sich dann neue Momente zur Klärung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Lues und Idiotie ergeben. Auch therapeutisch wäre das von großer Bedeutung; denn je früher Lues festgestellt wird, mit um so größerer Aussicht auf Erfolg kann dann eine spezifische Therapie einsetzen. Aus diesem Grunde verdient auch die Anregung, eine generelle Untersuchung des Nabelschnurbluts gesetzlich einzuführen, Beachtung. Auf diese Weise läßt sich noch manches retten, während wir dem Leiden später vielleicht ohnmächtig gegenüberstehen. Grätzer.

H. Obermüller (Mainz), Die konservative Behandlung der akuten Mittelohrentzündung. (Therapeutische Monatshefte, Sep-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tember 1911.) Eine Komposition von Extract. Opii mit Glyzerin, unter dem Namen „Otalgan“ von der Schwanenapotheke in Mainz dargestellt, hat so gute Dienste geleistet, besonders in der Kinderpraxis, daß O. seit Jahr und Tag keine Parazentese mehr nötig hatte und nach 1—2 Wochen stets glatte Heilung erzielt hat. Das Mittel ist vor der Instillation nicht zu erwärmen; der Gehörgang wird damit vollgefüllt, dann bleibt der Pat. auf dem gesunden Ohr 10—15 Minuten liegen. Nach 1 Stunde Wiederholung der Instillation.

Grätzer.

H. Sack, Die operative Behandlung des Mastdarmvorfalles bei Kindern. (Aus dem Städt. Krankenhause in Posen. Dirig. Arzt: Prof. Dr. Ritter.) (Ebenda.) S. unterzieht die bisherigen Operationsmethoden einer Kritik und teilt kurz die so behandelten Fälle mit. Es werden besprochen die Resektion nach Miculicz, die Kolopexie von Jeannel, die Rektopexie von Verneuil, die Methode von König, die Ligatur, die Thierschsche Drahtringmethode, die Beckenbodenplastik von Hofmann, die Rehnsche Methode, die Methode von Ekehorn. Letztere erscheint noch am zweckmäßigsten und einfachsten, hat aber auch nicht den vollen Beifall bei Sick gefunden, der eine neue Methode angab: Tamponade des retrorektalen Raumes.

Sick, welcher seine Methode 1909 veröffentlichte, geht folgendermaßen vor: In der Raphe wird zwischen Spitze des Steißbeins und den zirkulären Sphinkterfasern ein Längsschnitt gemacht, der, ohne Gefäße, Muskelfasern und Nerven zu verletzen, durch die oberflächliche und tiefe Beckenfaszie in das lockere Bindegewebe hinter dem Mastdarm eindringt. Mit Langenbeckhaken und Kochersonde wird das Rektum an der ganzen Rückwand wie zur Resektion stumpf bis gegen das Promontorium hinauf abgelöst, kurz mit Mull tamponiert und nun der inzwischen angefertigte, 4—6fach zusammengefaltete Jodoform- oder Vioformstreifen eingelegt. Die 2—4 cm lange Längswunde kann trotz der ausgedehnten Tamponade gut vom Anus durch Pflaster oder Kollodium abgeschlossen werden. Der kleine Deckverband wird nach Bedarf gewechselt, der Tampon wie bei einer Nephropexie erst nach 8—14 Tagen entfernt. Nach 2—3 Wochen darf das Kind erst wieder im Sitzen seinen Stuhl entleeren.

Sick meint, daß die Methode einfacher und ungefährlicher sei als die unsicheren Suspensionsmethoden, zu denen die von Ekehorn auch gehöre, und daß auf bessere Dauerresultate zu rechnen sei, weil die narbige Anheftung eine viel ausgedehntere sei als bei der Naht. Sick hat die Methode in einem Fall mit bestem Erfolge angewendet; der Fall wird im einzelnen nicht mitgeteilt, auch hat S. in der Literatur weder von ihm noch von anderen Autoren weitere Veröffentlichungen gefunden.

Diese Methode erschien durchaus einfach, ungefährlich und rationell, weshalb sie sofort in geeigneten Fällen versucht wurde. Diese Versuche haben gezeigt, daß die Methode in der Tat sehr gute Resultate ergibt. Allerdings wurde von Ritter eine Modifikation vorgenommen. Ritter geht zunächst ebenso vor wie Sick. Es wird

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Raphe ein Schnitt von der Spitze des Steißbeins bis zum Beginn des Sphinkters gemacht. Weiteres Vordringen in die Tiefe unter Schonung der Sphinkterfasern. Das Rektum wird nun aber nicht nur an der Hinterwand bis zum Promontorium freigemacht, sondern es wird der untere Teil desselben in seinem ganzen Umfange mobilisiert. Dann wird ein breiter Gazestreifen zirkulär um die unterste Rektumpartie herumgeführt, und seine beiden Enden werden durch die Wunde gekreuzt nach außen geleitet und mittels Heftpflasterstreifen an der Haut über dem Steißbein befestigt. Außerdem wird ein zweiter Gazestreifen zwischen hinterer Wand des Rektums und Os sacrum eingelegt. Schluß der Wunde bis auf den obersten Teil, wo der Streifen herausgeleitet worden ist. Kleiner Heftpflasterschutzverband. Es sollte so eine noch breitere Verwachsung erzielt und die Möglichkeit, jederzeit den Stuhlgang zu regulieren, gegeben werden.

Verf. läßt nun zunächst die Krankengeschichten der beiden von Ritter nach dieser Methode operierten Fälle folgen.

Was die Vorteile der Modifikation von Ritter gegenüber der Methode von Sick betrifft, so sind sie ohne weiteres klar. Die narbige Anheftung des Darmes ist viel ausgiebiger als bei Sick, da sie nicht nur an der Hinterseite, sondern im ganzen Umfange des Darmes stattfindet. Deshalb konnten auch in beiden Fällen Tampon und Zügel bereits nach 5 Tagen entfernt werden, während dies bei Sick erst nach 8—14 Tagen stattfinden soll. Ferner darf bei Sick das Kind erst nach 2—3 Wochen seinen Stuhl im Sitzen entleeren, während hier dasselbe sofort stattfinden kann, da ein erneutes Vorfallen des Darmes durch den Zügel, d. h. durch den um den Darm herumgeschlungenen und außen befestigten Gazestreifen verhindert wird; aus eben demselben Grunde können auch die kleinen Patienten von Anfang an außer Bett sein. Die theoretische Befürchtung, daß der Darm durch den Zügel hindurchgleiten könnte, hat sich in der Praxis als unbegründet erwiesen. Dadurch, daß die Operationswunde sofort bis auf eine kleine Öffnung am oberen Ende, aus der Tampon und Zügel herausgeleitet werden, geschlossen wird, wird einer Verunreinigung der Wunde beim Stuhlgang vorgebeugt.

Aus alledem ergibt sich, daß die Methode einfach und schonend — sie kann nötigen Falles auch in Lokalanästhesie ausgeführt werden —, ferner für die Patienten sehr bequem ist, da sie sofort außer Bett sein und den Stuhlgang im Sitzen lassen können und die Entfernung von Tampon und Zügel bereits nach 5 Tagen erfolgen kann, so daß ein schneller Schluß der Wunde erfolgt. Und daß die Dauerresultate gleichfalls gute zu werden versprechen, geht aus den 1 Jahr und 2 Monate bzw. 7 Monate nach der Entlassung stattgefundenen Nachuntersuchungen hervor. S. kann daher die Methode, sobald eine operative Behandlung des kindlichen Mastdarmvorfalles notwendig wird, nur empfehlen. Grätzer.

W. van d. Sluys (Oudshoorn), Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter und bei Erwachsenen. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1911, Nr. 17.) Die Sonnenbehandlung ist es, um die es sich hier handelt. Verf. lernte sie in Leysin

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Schweiz) kennen und schätzen. Die Tuberkulosebehandlung besteht im wesentlichen nur darin, daß man den Kranken der guten Wirkung der Höhenluft und der Sonnenstrahlen aussetzt. Dr. Bernhard, früherer Chirurg im Hospital in Samaden, gebührt das Verdienst, zuerst die Sonnentherapie in Höhenorten angewendet zu haben. Er berichtete in der Jahresversammlung des Zentralvereins Schweizer Ärzte zu Olten in einem Vortrage über die therapeutische Verwendung des Sonnenlichtes in der Chirurgie über die bemerkenswerten Resultate, die er mit seinen Methoden erzielt hatte. In derselben Versammlung teilte auch Dr. Rollier aus Leysin seine Resultate mit über die chirurgische und Lungentuberkulose, die mit Sonnenlicht behandelt wurde. Ermutigt durch ausgezeichneten Erfolg, errichtete Dr. Rollier-Leysin im Jahre 1903 die erste Klinik zur systematischen Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Höhenluft und Sonnenlicht. Jetzt gibt es drei Kliniken, die in einer Höhe von 1250, 1350 und 1450 Metern gelegen sind. Das Sonnenbad gibt hier den Kranken eine allmählich zunehmende Widerstandskraft, ebenso wirkt der fortwährende Aufenthalt in der Höhenluft sehr wohltätig. Fehlt die Sonne, dann genießen die Kranken immer noch das Luftbad.

Man fängt allmählich an und beginnt mit einer lokalen Bestrahlung der kranken Gegend von 5—10 Minuten am ersten Tag, jeden Tag etwas länger. Man fängt langsam an, um zu vermeiden, daß die Kranken ein akutes Sonnenerythem bekommen. Allmählich tritt die Pigmentierung der Haut ein. Dies ist prognostisch von großer Bedeutung. Je bessere Pigmentierung, desto größere Widerstandskraft der Patienten und desto schnellere Heilung ist zu erwarten. Ist einmal die Haut gut pigmentiert, dann können die Kranken mehrere Stunden in der Sonne verweilen. Nachteile sieht man fast niemals davon. Anfangs soll man den Kopf und die Herzgegend schützen. Die Kranken werden ganz braun und sehen aus wie die Araber. Ein schöner Anblick ist es, die braunen Kinder in der Sonne liegen zu sehen, während draußen hoher Schnee liegt. Das ist deshalb möglich, weil die Temperatur in der Sonne im Winter oft schon bis 40—50° C steigt.

Unter der Sonnenbehandlung nehmen die Schmerzen bald ab, die Fisteln schließen sich. Drüsen verschwinden, und sehr oft werden Ankylosen beweglich. Patienten mit Wirbeltuberkulose, Koxitis, Gonitis usw. enthalten dabei, wenn nötig, Extension oder Gipsverbände. In letzterem legt man eine Öffnung über der kranken Stelle an, damit die Sonnenstrahlen freien Zutritt haben.

Nicht nur die Knochengelenk- und Drüsentuberkulose findet Heilung durch die Sonne, sondern auch Tuberkulose der Blase, der Nieren und Peritonitis tuberculosa können zur Heilung kommen.

Grätzer.

Hochheim (Halle), Mißbräuchlicher Genuß von Aperitoltabletten. (Fortschritte der Medizin 1911. Nr. 33.) Es handelt sich um den mißbräuchlichen Genuß von Aperitoltabletten durch ein $2^3/_4$ Jahre altes Mädchen. Das Kind erwischte nämlich eine ganze Röhre, die noch 9 Tabletten enthielt (nicht etwa Bonbons, die bekanntlich an und für sich eine mildere Wirkung als die erstere Form

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausüben), deren Genuß eigentlich für Erwachsene bestimmt ist, und aß die sämtlichen 9 Stück Aperitoltabletten morgens zwischen 9 und 10 Uhr. Nachts darauf um 3 Uhr, also nach ungefähr 17 Stunden, erfolgte der erste dünne Stuhl; je eine weitere Entleerung stellte sich dann um 10 Uhr und nachmittags um 3 Uhr ein, ohne die geringsten Schmerzen hervorgerufen zu haben. Daß am nächsten Tage Verstopfung bestand, ist selbstverständlich.

Zieht man nun einen Schluß aus der geschilderten Tatsache, und berücksichtigt den Umstand, daß Aperitol, selbst in derartig großen Mengen zumal von einem Kinde genossen, ohne jede Nebenwirkung vorzüglich vertragen wird, so glaubt Verf., daß wir im Aperitol, dessen Brauchbarkeit bereits von einer Reihe namhafter Autoren festgestellt worden ist, eine wertvolle Bereicherung der uns zur Bekämpfung der verschiedenen Arten von Obstipation zur Verfügung stehenden Arzneimitteln besitzen. Grätzer.

F. Schürmann, Die Bedeutung der deutschen Lungenheilstätten für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen 1911. 3. Folge. Bd. 41. Heft 1.) Die verschiedenen Maßnahmen im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit haben zu einem starken Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit in Deutschland geführt. Sie ist in 23 Jahren um 50 % gesunken. Sie fällt zeitlich mit dem wirtschaftlichen Aufschwunge und der Einführung der Pflichtversicherung zusammen, wodurch es erst ermöglicht wurde, weitgreifende Fürsorge für die von der Seuche besonders betroffenen und bedrohten Kreise zu schaffen. Unter den Kampfesmitteln gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit fällt den Lungenheilstätten in erster Linie die Heilaufgabe zu. Daneben haben sie eine große prophylaktische Bedeutung, indem sie die Aufklärung des Volkes fördern. Die in den Lungenheilstätten erzielten Heilerfolge werden auf anderem Wege bisher auch nicht annähernd erreicht, weder in Erholungsheimen noch Krankenhäusern, noch durch Wohnungsfürsorge. Die Rentabilität der Volksheilstätten steht nach der Ansicht von hervorragenden Verwaltungsbeamten und Ärzten außer Zweifel. Es ist deshalb zu empfehlen, auf dem bisherigen Wege der Tuberkulosebekämpfung fortzufahren, indem man den Fürsorgestellen amtlichen Charakter gibt und besonders den Arbeitsnachweis für die aus den Heilstätten als genesen Entlassenen durch direkte Verbindung dieser Fürsorgestellen mit den Arbeitgebern ausgestaltet. Mit der Isolierung und Asylierung der Schwerkranken, nicht mehr zur Heilbehandlung Geeigneten ist tunlichst fortzufahren. Die Einführung der Anzeigepflicht für alle Tuberkulösen ist anzustreben. Die soziale Gesetzgebung sollte durch Einführung der Witwen- und Waisenversicherung, der Mütter- und Schwangerenversicherung ausgebaut werden, damit noch weitere bedürftige Kinder der Segnungen der Pflichtversicherung teilhaftig werden. Nothmann (Wilmersdorf.)

Richard Stern, Klinische Studien über die Zukunft nervenkranker Kinder mit spinalen und zerebralen Lähmungen. (Jahrbücher f. Psychiatrie. 32. S. 139. 1911.) 1. Lebens-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schicksale der Kinder mit spinaler Kinderlähmung: Verf. verfügt über 107 alte Fälle, darunter 95, welche im 0.—5., 9 zwischen dem 5.—10., und 3, welche nach dem 10. Lebensjahre erkrankt waren. Zerebrale Komplikationen verschlechtern die Prognose der einfachen spinalen Lähmung. Kombination mit neuritischen Affektionen neigen zu Rezidiven und Verschlimmerungen. Langsam und schubweise auftretendes Einsetzen der Lähmungen und auffallend spät sich einstellende Besserungen bieten eine ungünstige Prognose. 82% der gutartig verlaufenden Fälle zeigen monoplegischen Typus, meist proximale Partien des Armes, distale des Beines. Die Prognose ist ungünstiger, wenn beide Arme oder Beine oder beide Beine und ein Arm betroffen sind. Auffallend ist die Seltenheit von prophylaktischen Prozessen und Vitien bei in der Kindheit gelähmten Menschen.

Während 65 Fälle im späteren Leben über nichts als über die Schäden an den gelähmten Extremitäten klagten, herrschten bei 41 verschiedene subjektive Beschwerden vor, darunter 3 mal Neurasthenie, 2 mal Hysterie, 3 mal Bettnässen, 2 mal Epilepsie, 6 mal Basedowoid, 1 mal Migräne. Mehrfach wurde noch spät über allerlei unangenehme Sensationen in den gelähmten Gliedern geklagt. Ermüdungsschädlichkeiten, Überbürdung auch von der Krankheit scheinbar ganz verschont gebliebener Muskelgruppen sind zu meiden. Eine dauernde Gefahr stellt die erhöhte Aufbrauchbarkeit der Muskeln eines Individuums dar, das eine Poliomyelitis überstanden hat.

2. Fälle, die eine infantile Hemiplegie durchgemacht hatten. Es gibt eine Forme fruste der zerebralen Kinderlähmung, der sog. „Hemikranie-Typus"; es handelt sich hierbei um typische Migräneanfälle mit objektiven, auf eine zerebrale Erkrankung hinweisenden Dauersymptomen: einseitige Gesichtshypoplasie, gekreuzt mit der Seite der Extremitätenbeteiligung, Hyperalgesie dieser Gesichtshälfte, Hyperalgesie am Arm und Bein der anderen Seite. Gegenüber der Annahme einer gleichartigen Ätiologie poliomyelitischer und enzephalitischer Prozesse stellt Verf. fest, daß in den Jahren 1845—1888 in seinem Materiale 26 spinale und 74 zerebrale, in den Jahren 1889—1909 200 spinale und 136 enzephalitische Lähmungen vorkamen. Verf. verfügt über 114 Dauerbeobachtungen von zerebraler Kinderlähmung, darunter 75 rechtsseitig. In 28% der Fälle trat Epilepsie hinzu, und zwar bildete eine lange, durchschnittliche $10^1/_2$ jährige krampffreie Intervallzeit die Regel; nur 6 mal entwickelte sich die Epilepsie direkt im Anschluß an die Hemiplegie. Kombination der Epilepsie mit Athetose ist häufig, mit Aphasie selten, mit Imbezillität, Enuresis und Basedow-Erscheinungen sehr häufig. In keinem Falle mit durchgemachter zerebraler Kinderlähmung schienen die Individuen psychisch völlig normal, 38 waren ausgesprochen schwachsinnig, 24 schwach begabt, 38 total erwerbsunfähig (teils durch die Lähmung, teils durch psychische Defekte). Bei den 38 Imbezillen war 31 mal die rechte Körperfläche betroffen. Athetose, choreatische Bewegungen, Intentionstremor sind häufig.

3. Zerebrale Diplegie. 11 Fälle werden kurz besprochen.

Kurt Mendel (Berlin).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tobias, Ein Beitrag zur Vererbungsmöglichkeit erworbener Augendefekte. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Februar 1911.) Trotz der ablehnenden Stellungnahme vieler namhafter Forscher wie Weissmann, Kölliker, Ziegler halten andere mit Spenzer, Virchow, Haeckel, Naegeli, O. Hertwig an der Vererbung erworbener Eigenschaften fest.

Verf.s Fall bringt einen interessanten Beitrag.

Jedenfalls ist die Frage noch immer sehr unsicher; denn trotz aller entwicklungsmechanischer Theorien wird ein zufälliges Zusammentreffen nie auszuschließen sein und meist wohl auch das Wahrscheinlichere bleiben. Sommers (Zittau).

Bartels, Ein Beitrag zur Augeneiterung der Neugeborenen. (Aus dem hygien. Institut der techn. Hochschule in Dresden.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Mai—Juni 1911.) Verf. ist, was eigentlich selbstverständlich, für Credé und betont besonders — auch gerade für die Praxis — daß es Blennorrhoen gibt, die nicht durch Gonokokken verursacht werden. Sommers (Zittau).

Fischner, Ein großes Dermoid der Kornea. (Aus der Fuchsschen Univers.-Augenklinik Wien.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juli 1911.) Vieles in der Genese dieser Mißbildungen ist noch durchaus dunkel.

Solche Korneal-Dermoide sind äußerst selten.

Sommers (Zittau).

G. Walcher (Stuttgart), Auf welche Weise vermögen wir den Frauen ihre Stillfähigkeit wieder zurückzuerobern? (Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie. 2. Jahrg. Heft 5.) Nach W. gibt es keine anatomische, sondern nur eine psychisch-moralische Stillunfähigkeit. Das Hauptmoment zur Hebung der Stillfähigkeit sieht er in der psychisch-moralischen Beeinflussung und der Fernhaltung allen Zweifels des Nichtstillenkönnens. Dazu kommt eine entsprechende Vorbereitung des Säugeorgans zu den Zeiten, in denen es sich zu dem entwickelt, was sein Zweck von ihm verlangt. Diese drei Perioden sind: 1. die Zeit, in der sich das von seiner Mutter genährte Kind zur mannbaren Jungfrau entwickelt (Pubertät), 2. die Zeit der ersten Schwangerschaft (Gravidität), 3. die ersten Tage und Wochen post partum, in denen die junge Mutter nicht hungern soll (Puerperium). — So ist es W. gelungen, in seiner Anstalt während der ersten 13 Tage alle Wöchnerinnen zum Stillen zu bringen, also eine Stillfähigkeit von 100 % zu erreichen, gegenüber 23 % an derselben Anstalt unter Hecker. (Mit diesem vielfach angezweifelten glänzenden Resultat steht W. vorläufig einzig da.) Er zieht daraus den Schluß, daß „unter gleichbleibenden Verhältnissen die Frauen auch weiter stillen können.“ Wegscheider.

G. Bjelenky (Bjelinsky) (Basel), Zur Frage der Stillungsnot und Stillungsunfähigkeit. (Beitrag z. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 16. Heft 2.) Aus der nur kurze Zeit dauernden klinischen Beobachtung einer jungen Mutter in einer Entbindungsanstalt läßt sich fast nie feststellen, ob sie die normale Stillfähigkeit besitzt, d. h. fähig

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist, ein Kind 8—9 Monate hindurch ohne Beinahrung an der Brust zu stillen, höchstens läßt sich in so kurzer Zeit feststellen, ob sie diese Fähigkeit nicht besitzt. Verf. hat festzustellen gesucht, wie groß die Prozentzahl der Frauen ist, bei denen die Milchabsonderung vor dem Entlassungstage ungenügend blieb, und addierte dazu den Prozentsatz der Frauen, deren Kinder bei ausschließlicher Ernährung an der Mutterbrust die normale Gewichtszunahme nicht erreichten. Auf diese Weise glaubt er für Basel 74,7 % für 9 Monate voraussichtlich stillunfähige Mütter berechnen zu dürfen. Die Ursachen der Stillungsnot sieht er in der physischen Unfähigkeit der Brustdrüsen, normale Milch abzusondern, in den gegenwärtigen ungünstigen Bedingungen der Lohnarbeit der Frau (ca. 25 %) und schließlich in Momenten persönlichen und gesellschaftlichen Charakters.

Wegscheider.

J. Gruss, Zwei Fälle von fötalem Aszites. (Ing.-Diss. Straßburg 1909. Ref. Zentralbl. f. Gynäk. 1910.) Beschreibung zweier Fälle von fötalem Aszites, der die Entbindung erst nach Punktion des kindlichen Abdomens zuließ. Als Ursache ließ sich im ersten Falle „eine bestehende fibrinöse fötale Peritonitis“ ermitteln, die sich meist wohl auf syphilitischer Grundlage entwickelt. Im zweiten Falle fand sich eine venöse Stauung, bedingt durch die Kompression der Pfortader durch das Duodenum; letzteres war oberhalb einer atretischen Stelle zu enormer Dicke angeschwollen. Eine Erklärung für das Zustandekommen der Okklusion ließ sich auch durch histologische Untersuchung dieser Stelle nicht finden. Wegscheider.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

M. Oppenheim, Über einige durch Salvarsanbehandlung bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis. (Aus der Kinderabteilung im k. k. Kaiser-Franz-Josephs-Spitale in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift 1911, Nr. 40.) Wenn man kurz die Resultate dieser Beobachtungen zusammenfaßt, so ergeben sich einige Eigentümlichkeiten in den Hautsymptomen bei Syphilis, die Verf. bei Quecksilbertherapie oder bei unbehandelter Syphilis nicht so häufig und nicht in solcher Intensität zu sehen gewohnt waren wie nach Salvarsanbehandlung. Dazu gehören die von Bettmann beschriebenen Formen der Frührezidive, von denen Verf. einige beobachten konnte, die von Hoffmann und Frieboes publizierten Fälle von Pseudoprimäraffekten (auch von Verf. beobachtet), die Provokation luetischer Hautsymptome, von Finger zuerst hervorgehoben, die intensiven und häufigen Jarisch-Herxheimerschen Reaktionen, die beschriebene Erythema multiforme-ähnliche Beschaffenheit der Syphilisrezidive, das Hämorrhagischwerden trockener Syphilisformen und die bei Säuglingen zu beobachtende starke Schuppung und zigarettenpapierähnliche Fältelung der luetisch infiltrierten Haut. Grätzer.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

M. Silberstern (Wien), Gesundheitsverhältnisse der Jugendblinden und eine eigenartige Krankheitsform (Nierenaffektion familiär Amaurotischer.) (Ebenda.) Die Gesundheits- und Mortalitätsverhältnisse der Jugendblinden sind nicht so optimistisch zu beurteilen, wie es öfters geschieht. Wie die Untersuchungen ergaben, hatten 30% die ausgeprägten Zeichen vorausgegangener Tuberkulose. Die Jugend- (resp. angeborene) Blindheit ist eben sehr oft nur der Ausdruck einer allgemeinen Konstitutionsschädigung. In 5 Fällen von angeborener Blindheit wurden Schrumpfniere und spastische Erscheinungen gefunden. Grätzer.

R. Kuh, Die kongenitalen Luxationen des Kniegelenks. (Aus der orthop.-chirurg. Heilanstalt von Dr. Kuh in Prag.) (Prager med. Wochenschrift 1911, Nr. 40.) K. teilt folgenden Fall mit:

Das Kind, das im Alter von $1^1/_2$ Jahren in die Behandlung kam, war als drittes Kind geboren; es war schlecht entwickelt. Bei der Untersuchung der Kniegelenksgegend fühlt man deutlich die Femurkondylen in der Kniekehle, man kann sie abtasten; die Haut wird durch dieselben vorgewölbt. Das Kniegelenk selbst befindet sich in Streckstellung. Es kann aktiv nicht gebeugt werden, passiv ist die Beugung in geringem Grade möglich. Das Kniegelenk ist im sagittalen und frontalen Durchmesser vergrößert. Die Patella ist nach oben disloziert und kleiner als die der normalen Seite. Seitliche Bewegung ist in geringem Grade möglich. Die Tibia und Fibula sind außerdem etwas nach außen disloziert. An der Vorderfläche des Gelenkes fühlt man deutlich die Gelenkflächen der Tibia. Gleichzeitig besteht ein starker pes valgocalcaneus. Die Reposition ist durch Druck und Gegendruck auf Tibiakopf und Femurkondylen leicht möglich, von den letzteren ist nichts mehr zu fühlen. Um das gute Resultat zu erhalten, wird ein Schienenhülsenapparat angefertigt. Ein Rezidiv ist seit dieser Zeit nicht mehr eingetreten. Grätzer.

Ch. Achard und **Ch. Flandin,** Angina Vincenti, mit Arsenobenzol behandelt. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1911, 28. April.) Es war eine schwere Form der V. Angina, die zu einem Substanzverlust des Gaumensegels und zu völligem Untergang des Zäpfchens bereits geführt hatte. Methylenblau und Sauerstoffwasser waren ohne Effekt geblieben. In Anbetracht der Verwandtschaft der Vincentschen Spirille mit der Syphilis-Spirochäte wurden lokale Applikationen von Arsenobenzol versucht, zuerst in alkalischer oder saurer Lösung, dann in Pulverform. Das Fieber fiel in zwei Tagen, das Exsudat schmolz ein und die Ulzerationen vernarbten rapid. Eine katarrhalische, fieberhafte Otitis unterbrach die Rekonvaleszenz.

Die Untersuchung des Exsudats im Ultramikroskop und in gefärbten Ausstrichen ergab die Anwesenheit fusiformer Bazillen und Spirillen.

Die Schnelligkeit, mit der die Ulzerationen unter der Anwendung von Arsenobenzol sich reinigten und vernarbten, dürfte zu weiteren Versuchen ermutigen, um so mehr, als die Krankheit den bis jetzt geübten Behandlungsweisen gegenüber sich rebellisch verhält und zu destruktiven Veränderungen führen kann. H. Netter (Pforzheim).

Maurice Brelet, À propos du diagnostic de l'appendicite; le point de côté abdominal dans la pneumonie et la crise douloureuse abdominale du purpura. (Gaz. méd. de Nantes 1908.) Die Diagnose der Appendizitis hat in den letzten Jahren die

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufmerksamkeit in einem Maße erregt, daß es als eine Ausnahme gelten muß, wenn ein Krankheitsfall dieser Art anerkannt verläuft. Aus den gleichen Gründen ist der umgekehrte Fall häufiger, und es wird oft genug eine Appendizitis dort angenommen, wo keine existiert.

Unter den Krankheiten, die Anlaß zu diesen Verwechselungen geben, sind es zwei, auf die in der angezeigten Mitteilung die Aufmerksamkeit gelenkt wird: die Pneumonie und die Purpura.

Ein Kind erkrankt mit Fieber, Erbrechen und Schmerzen in der rechten Darmbeingrube; man denkt zunächst an eine Appendizitis, aber man tut gut daran, der Diagnose zu mißtrauen: es gibt in der Tat rechtsseitige Pneumonien, wo das der Beginn der Erkrankung markierende Seitenstechen bis in die Darmbeingrube hinein gefühlt wird. Handelt es sich um eine Pneumonie, so wird der regionale Schmerz selten genau auf den Mc Burneyschen Punkt lokalisiert, und weiterhin, der Schmerz ist leicht, oberflächlich und nur ganz ausnahmsweise von einer Muskelkontraktur und Hauthyperästhesie begleitet; endlich bringen der nächste und die folgenden Tage ein rasches Abklingen der abdominalen Symptome. Findet man außerdem noch die Zeichen einer Pneumonie, so wird die Diagnose klar. Die Schwierigkeit beginnt erst, und dies ist oft genug bei Kindern der Fall, wenn die Pneumonie einen zentralen Sitz hat. Dann ist genaueste Untersuchung der Lunge durch eine minutiöse Perkussion nötig. Die eine Appendizitis vortäuschende Pneumonie ist im Kindesalter besonders häufig, beim Erwachsenen ist dies ein großer Ausnahmsfall, denn bei ihm entwickelt sich eine Pneumonie mit einer jeden Zweifel ausschließenden Klarheit.

Auch die Purpura kann appendikuläre Erscheinungen bieten. Fast stets sind Erythem und Purpura-Exanthem von gastrointestinalen Symptomen begleitet: Nausea, Erbrechen, epigastrische Schmerzen, Koliken und Diarrhoe. Treten diese Symptome zuerst auf den Plan und ist das Purpura-Exanthem unbedeutend, so wird man leicht zunächst an eine Appendizitis denken. Ähnliche Fälle haben Calmels und Guinon und Vieillard 1907 beschrieben. Bei der Purpura beginnt der Leibschmerz ganz brüsk, er ist so heftig, daß er den Kranken aufschreien läßt, sein Sitz ist im allgemeinen die Nabelgegend und kann auch am Mc Burneyschen Punkt selbst prädominieren, stets ist der Schmerz von Erbrechen begleitet. Die Verwechselung mit einer Appendizitis ist darum fast unvermeidlich. Ein Symptom allerdings, ein ganz charakteristisches, der schleimig-blutige Stuhl, wird alle Zweifel beseitigen und muß die Annahme einer Appendizitis zu Fall bringen. Aber häufig fehlt auch dieses Zeichen, und es kommt vor, daß der Kranke, im Gegenteil, verstopft ist. Die Diagnose bleibt dann zweifelhaft, und um so eher, als die Schmerzkrise, die im allgemeinen von einigen Stunden bis zu einem oder zwei Tagen dauert, später rezidivieren und abklingen kann gleich einer in mehreren Zeiten sich entwickelnden Appendizitis.

H. Netter (Pforzheim.)

S. V. Haas, Disturbed function of the thyroid gland. Case report. (Arch. of Pediatrics 1911, März.) Das 12¼jährige, aus Rußland stammende, im Beginn der Entwicklung stehende Mädchen

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bot zu verschiedenen Zeiten das Bild 1. des Hyperthyreoidismus, mit den klassischen Symptomen des Exophthalmus, der Schilddrüsenschwellung, der Hyperexzitabilität, der Pulsbeschleunigung (120) und des Gewichtsverlustes; 2. des Hyperthyreoidismus oder Myxödem mit den Zeichen geistiger und körperlicher Trägheit, schneller Zunahme des Fettgewebes in unregelmäßigen Maßen und Pallor; 3. ein Stadium des Gleichgewichts — Verschwinden der myxödematösen Erscheinungen bei Anstieg des Körpergewichts. — Der Fall illustriert die Tatsache, daß manche geringeren Störungen in der Schilddrüse wahrscheinlich unerkannt bleiben. An dem einen Extrem findet man das typische Bild des Struma exophthalmica, an dem anderen das ebenso typische Bild des Kretinismus oder Myxödems. Zwischen diesen beiden Polen können alle Grade von Funktionsstörung der Schilddrüse vorkommen, mit so unregelmäßigen Symptomen, daß die Diagnose schwierig, wenn nicht unmöglich werden kann.

H. Netter (Pforzheim).

A. B. Sloan, Serum-Anaphylaxis: a case illustrating its possible gravisty. (Brit. med. Journ. 1910, 12. Nov.) Das $3^1/_2$ jährige Kind hatte wegen Rachen- und Nasendiphtherie 12000 A.-E. (ca. 30 ccm) am 30. Jan. 1903 und ebensoviel am folgenden Tag erhalten. In den nächsten Tagen wenig Besserung, bei Rückgang des lokalen Prozesses anhaltend hohe Temperatur, etwas Bronchialkatarrh. Am 10. Febr. punktförmiges Erythem über Stamm und Gesicht; die schon vergrößerten Lymphdrüsen schwollen an den folgenden Tagen noch mehr an. Temp. 40,4. Am 13. typischer masernartiger Serumausschlag, Gesicht leicht geschwollen. Am 14. wird der Ausschlag an rechter Hand und linkem Bein hämorrhagisch, auch auf der linken Mandel ein hämorrhagischer Punkt. Schwerer Gesamtzustand. Am Abend des 16. März, den ersten Tag außer Bett, Anstieg der Temperatur auf 38,1, an der hinteren Pharynxwand eine Membran. Mit Rücksicht auf die üblen Erfahrungen wollte man anfänglich kein Serum geben, entschloß sich aber dazu, als man am nächsten Tag auch die Tonsillen belegt fand (12000 A.-E., 12 Uhr mittags). 1 Uhr 15 Minuten fand der rasch gerufene Arzt das Kind totenbleich, mit angstvollem Gesichtsausdruck, kaltem, klebrigem Schweiß, fast pulslos. Nach Anwendung von Analeptica erholte sich das Kind wieder allmählich. Um 2 Uhr urtikariaartiger Ausschlag mit Schwellung des Gesichts. In der Nacht große Unruhe und häufiges Erbrechen. Am Morgen des 18. war der Puls, trotz Besserung des Allgemeinbefindens, nicht zu zählen. Um die Injektionsstelle traten subkutane Hämorrhagien auf, die Temperatur stieg bis fast auf 40° C und kehrte erst am 5. April wieder zur Norm zurück. Während der Rekonvaleszenz eitrige Drüsen- und Mittelohrentzündung.

Die enge zeitliche Aufeinanderfolge des Kollapses nach der Injektion, während das Kind im Bett lag, das ihn begleitende urtikarielle Exanthem sprechen für die Annahme einer Serum-Anaphylaxie.

H. Netter (Pforzheim).

H. B. Sheffield, Malignant Tumors of the Kidney in Children. (Journ. of Derm. and G. U. Dis. Vol. 15. Nov. 1911.) S. ist

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Ansicht, daß sehr viele Fälle von bösartigen Nierentumoren der Beobachtung entgehen, und zitiert drei Fälle, die für Darmkrankheit behandelt worden sind, obwohl die Nierengeschwülste bei der genauen Untersuchung recht deutlich fühlbar waren. Da eine frühe radikale Operation in vielen Fällen lebensrettend wirkt, empfiehlt S. eine genauere Untersuchung der Abdominalorgane der Kinder, ganz besonders wo Gewichtsverlust und Leibschmerzen anhalten, selbst in der Abwesenheit von Hämaturie und anderer abnormaler Urinbestandteile.

Sheffield.

J. Bundy, Angiosarcoma of the Liver in an Infant. (Journ. Am. Med. Ass. 25. März 1911). B. beschreibt einen Fall von Angiosarkom der Leber bei einem drei Monate alten Jungen. Das Kind schien normal mit Ausnahme eines sehr großen Leibes, weshalb es, als es vier Wochen alt war, zur Behandlung gebracht wurde. Verf. stellte eine deutliche Lebergeschwulst fest, und da Syphilis sicherlich ausgeschlossen werden konnte, empfahl er eine exploratorische Laparotomie. Die Operation ergab daß es sich um einen Angiosarkom handelte, das sich ungefähr über dreiviertel des Abdominalraumes erstreckte. Die Milz und Nieren waren normal. Pat. erholte sich von der Operation, erlag aber binnen einer Woche bei allgemeiner Schwäche, enormer Vergrößerung des Leibes — ohne Aszites oder Gelbsucht.

Sheffield.

M. Pincherle, Zwei Fälle von Atresia analis; klinische Beobachtungen und Untersuchungen über die Darmflora. (Riv. crit. di Clin. ped. April 1911.) Das eine Kind kam im Alter von 15 Stunden in die Klinik; es hatte einige Tropfen Zuckerwasser erhalten. Es handelte sich um eine Atresia ano-rectalis mit sehr hoher Endigung des Blindsacks; es wurde die Kolostomie gemacht; das Kind starb neun Wochen später an schwerer Enteritis. Das zweite Kind war drei Tage alt; es hatte eine einfache partielle Atresie des Anus, bei der Inzision und Dilatation des verengten Teils das Gegebene gewesen wären, wenn das Kind nicht so spät gebracht worden wäre, daß die Kolostomie gemacht werden mußte; das Kind starb. — Die bakteriologische Untersuchung erwies beide Därme reich an Keimen, im ersten Falle schon 22 Stunden nach der Geburt; hauptsächlich handelte es sich um Kolibazillen. Diese sind also in beiden Fällen durch den Mund eingedrungen und in rascher Vermehrung hinuntergewandert. Es genügt also der Mund zur Infektion des Darmkanals, und vielleicht bildet er den Hauptweg auch in normalen Fällen. — Agglutinationsproben ergaben die Richtigkeit der Lehre von der spezifisch-persönlichen Flora der Kolibazillen.

M. Kaufmann.

D. Pacchioni, Über die Pathogenese des Icterus neonatorum. (Riv. crit. di Clin. ped. Mai 1911.) Verf. glaubt, daß die letzte Ursache des Icterus neonatorum in dem Wasserverluste zu suchen ist, den der kindliche Organismus in den ersten Lebenstagen erfährt. Es entsteht dadurch eine Eindickung aller Säfte und damit auch des Blutes, eine Hyperglobulie. Ist dieselbe durch sehr starken

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wasserverlust sehr hochgradig, so entsteht eine derartig dicke und visköse Galle, daß sie nicht frei aus den Gallenkapillaren ausfließen kann, resorbiert wird und so Ikterus erzeugt. M. Kaufmann.

A. Longo, Kalk und Spasmophilie. (Policlinico, Sez. med. Nr. 11, 1910.) Verf. bringt eine kritische, im Original zu lesende Besprechung der ganzen Frage und kommt im wesentlichen zu einer Ablehnung der Stöltznerschen Hypothese. Die Arbeit bringt außerdem eine Anzahl von Blutkalkbestimmungen: Der Kalkgehalt des Blutes betrug bei 5 gesunden Kindern zwischen 0,1406 und 0,2116 ‰, bei 3 Spasmophilen 0,1662; 0,2520; 0,2818 ‰; diese Zahlen lassen keine Beziehungen zwischen Blutkalk und spasmophilen Symptomen erkennen. M. Kaufmann.

P. Pimenoff, Das Marpmannsche Serum als prophylaktisches und Heilmittel bei Scharlach. (Wratsch. Gaset. 1910. Nr. 50.) Marpmann erkennt die Streptokokken nicht als Erreger des Scharlachs an, sondern sieht in ihnen nur eine den Scharlach komplizierende Sekundäraffektion. Zwar ist die eigentliche Ursache des Scharlachs unbekannt, jedenfalls aber zirkuliert bei dieser Krankheit im Organismus ein Gift, das die schweren Komplikationen im Verlaufe des Scharlachs bedingt. Von diesen Überlegungen ausgehend, gelangte Marpmann auf sehr kompliziertem Wege zur Darstellung eines Antitoxins gegen das Toxin des bis jetzt noch unbekannten eigentlichen Scharlacherregers. Das Marpmannsche Serum gelangt als prophylaktisches (N I) und als Heil-(N II)mittel in den Verkauf. Es ist eine gelbliche, leicht opaleszierende Flüssigkeit von neutraler Reaktion und etwas salzigem Geschmack, die als Prophylaktikum mehrere Wochen hindurch morgens und abends zu je 5 Tropfen gegeben wird (Kinder unter 5 Jahren erhalten so viel Tropfen, wieviel Jahre sie zählen). Als Heilmittel wird es 3—4 mal täglich zu 5—8 Tropfen gegeben. In einer Reihe von Parallelversuchen unterzog nun P. bei je 92 Kindern (46 Knaben und 46 Mädchen) die prophylaktische Wirkung des Marpmannschen Serums einer Prüfung und kommt nach sehr eingehender, durch Tabellen und Kurven gestützter Begründung zum Resultat, daß „das prophylaktische Marpmannsche Serum die Kinder vor Erkrankungen an Scharlach nicht schützt". Die Heilwirkung des Marpmannschen Serums wurde an 40 Knaben und 30 Mädchen geprüft. Auch hier war das Resultat ein negatives. „Die mit Marpmannschem Serum behandelten Kinder waren vor Komplikationen nicht geschützt. Der Verlauf der Krankheit unterschied sich fast in nichts von dem bei mit konservativen Methoden behandelten Kindern. Hätte es sich auch durchweg um schwere Scharlachfälle gehandelt, auch dann ließe sich nichts Tröstliches über dieses Serum sagen, da auch diese Kinder keinerlei Erleichterung von demselben erhielten." S. Rubinstein (Riga).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

3. Internationaler Kongreß für Säuglingsschutz.

Berlin, 11.—15. September 1911.

(Aus der Deutschen med. Wochenschrift.)

Allgemeine Sitzung.

Heubner (Berlin): **Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters im Universitätsunterricht.** Die Ärzte spielen im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit als Helfer und Erzieher die Hauptrolle. Ihre Aufgabe können sie aber nur erfüllen, wenn sie im Kennen und Können gründlich vorgebildet sind. Diese Ausbildung muß der Universitätsunterricht übernehmen, der gegenwärtig aber die Kinderheilkunde noch sehr stiefmütterlich behandelt. Redner hat an 128 pädiatrische Universitätslehrer der ganzen Welt Anfragen über den Stand des pädiatrischen Unterrichts ergehen lassen, wovon 93 beantwortet wurden. Aus den Antworten geht hervor, daß zurzeit die weitaus meisten Nationen noch nicht in genügender Weise für dieses Unterrichtsfach Sorge tragen. Einige kleinere Länder zeichnen sich in dieser Beziehung vorteilhaft aus, eine Reihe von Großstaaten ist völlig rückständig, und etwa die Hälfte steht auf mittlerer Linie, die aber noch viel zu wünschen übrig läßt. Redner hofft, daß von dem Kongreß ein allgemeiner Sturmlauf in allen Ländern ausgehe, der die Neuerschließung von Unterrichtsgelegenheiten auf unserem Gebiet zum Ziele hat.

v. Ruffy (Budapest): **Staatlicher Säuglingsschutz.** Der Säuglingsschutz ist ein sozialpolitisches Bedürfnis, das sich in der Staatsverwaltung Geltung sucht und suchen muß. Die ungarische Kinderschutzgesetzgebung geht hier mit gutem Beispiel voran; sie hat das Recht des verlassenen Kindes auf staatliche Versorgung anerkannt. Für die verlassenen Kinder bestehen in Ungarn 17 staatliche Asyle und das Zentralasyl in Budapest. Der Säugling bleibt im Asyl nur, wenn er krank ist; andernfalls kommt er in passende Einzelpflege. Der staatliche Kinderschutz nimmt sich der verlassenen Kinder bis zum 14. Lebensjahr an und verfolgt schützend ihr Schicksal noch weiter. Die private Fürsorge wird von dem staatlichen Kinderschutz keineswegs lahmgelegt, muß sich aber seinem Organismus einfügen. Redner fordert ein Verbot, Säuglinge in Privat-Ammenpflege zu geben, und schließt sich im übrigen der Forderung Heubners nach Ausbau des pädiatrischen Universitätsunterrichtes an.

Turquan (Paris): **Historische Entwicklung des Kinderschutzes.** Ursprünglich waren die Völker weit davon entfernt, das Leben der Kinder zu schützen. Aus griechischen Zitaten und aus Textstellen der römischen Gesetzgebung geht unzweifelhaft hervor, daß Griechen und Römer trotz ihres hohen Intellekts doch Mißachtung für das Leben kleiner Kinder hatten. Bei beiden Völkern hatte der Vater das Recht, diejenigen Kinder, welche er nicht aufziehen wollte, auszusetzen oder zu töten. Die Sitten der Völker begannen erst milder zu werden, als die Lehren der christlichen Religion in der großen Masse das Gefühl für Humanität und Barmherzigkeit weckten. Kaiser Konstantin war es, der das Aussetzen der Neugeborenen verbot und den Vater, der sein Kind tötete, mit derselben Strafe, wie den Vatermörder, belegte. Als die Kirche freier und mächtiger wurde, bemühte sie sich, überall Asyle für verlassene Kinder zu errichten. Im Mittelalter begannen die Behörden, der Aufnahme und Erziehung verlassener Kinder Beachtung zu schenken. In Frankreich wirkte vorbildlich St. Vincent de Paul, der die erste Gebäranstalt errichtete. Er regte die Öffentlichkeit an, in seinem Sinne weiterzuwirken. So wirkt auch die Nationalversammlung der ersten Republik auf dem Gebiet des Kinderschutzes segensreich. Ihr verdankt Frankreich den „Service des enfants-assistés", welcher die kleinen Verlassenen aufnimmt, sie stillen läßt und ehrenhaften Pflegepersonen anvertraut, die ihre Adoptiveltern werden sollen. Der „Service" überwacht Unterhalt und Erziehung der Kinder und behält sie bis zum 21. Lebensjahr in seiner Vormundschaft. Die nicht verlassenen, aber in Pflege gegebenen Kinder werden seit der im Jahre 1874 erlassenen loi Roussell jeden Monat durch einen Arzt inspiziert.

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I. Abteilung: Unterricht und Belehrung.

Referat. **Unterricht und Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Hygiene und der Krankheiten des Säuglingsalters.** a) Marfan (Paris): Der Unterricht in Hygiene und Pathologie des Säuglingsalters soll für alle Studenten obligatorisch eingeführt werden. Ohne diesen obligatorischen Unterricht sei der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit aussichtslos. Jede Universitätskinderklinik muß eine besondere Säuglingsabteilung erhalten, an der die Studenten mindestens zwei Monate Unterricht genießen. Ärzte, die sich besonders mit dem Studium der Säuglingshygiene und der Säuglingskrankeiten beschäftigt haben, sollten Zeugnisse erhalten, auf Grund deren sie zur Besetzung leitender Stellen im Säuglingsfürsorgewesen berechtigt wären.

b) Berend (Budapest): Für den jungen Mediziner wäre es von großem praktischen Vorteil, wenn er durch gründliche Unterweisung von der Stoffwechsel-Pathologie und Therapie einen klaren Begriff bekommt, auch von der ständig wachsenden Bedeutung der Diätetik im allgemeinen. Da die Zukunft der internen Medizin auf der Hygiene, der Verhütung der Krankheiten und der Diätetik beruht, diese drei Zweige ärztlichen Wissens aber gerade im Brennpunkte der Bestrebungen des Säuglingsschutzes stehen, so ist dies allein schon Grund genug, die Säuglingsfürsorge mehr als bisher im Unterricht zur Geltung kommen zu lassen.

c) Koplik (New York): Die deutsche Schule hat besonders großen Einfluß auf die Entwicklung der Kinderheilkunde in Amerika gehabt. Das Studium des Säuglings solle zweckmäßig ganz abgetrennt werden von dem der späteren Jugend, des Spiel- und Schulalters. Außerdem empfiehlt sich die Errichtung getrennter Lehrstühle für die Hygiene des Kindesalters einerseits, anderseits für die Kinderkrankheiten.

d) Medin (Stockholm): In Schweden ist schon frühzeitig die Wichtigkeit der Kinderheilkunde für den Universitätsunterricht erkannt worden. Bereits im Jahre 1845 wurde in Stockholm die Kinderklinik des Karolinischen Instituts eröffnet. Jetzt amtieren in Stockholm zwei mit dem obligatorischen Prüfungsrecht ausgestattete Professoren, deren Vorlesungen während vier Monate besucht werden müssen. Der Hauptwert wird auf die praktische Ausbildung der ihrer Zahl nach beschränkten Studierenden gelegt.

Diskussion. Epstein (Prag): An jeder der beiden Universitäten Prags sind zwei Kinderkliniken vorhanden, ein Beweis, daß seitens der Unterrichtsverwaltung in Österreich diesem Fach große Aufmerksamkeit geschenkt werde. — Feer (Zürich) verlangt etatsmäßige Dozenten für Säuglingsheilkunde mit dem Prüfungsrecht. Geeignete Kräfte sind genug vorhanden. In Deutschland ist der Nachwuchs groß. — Berend (Budapest): In Deutschland besteht geradezu ein Embarras de richesse an jungen Lehrkräften. — Heubner: Deutschlands Verhältnisse erreichen allerdings die idealen Zustände noch längst nicht, die wir an Schweden bewundern, aber man kann Deutschland nicht ohne weiteres mit einem kleinen Land wie Schweden vergleichen. Daß Österreich in bezug auf pädiatrischen Unterricht einen weiten Vorsprung habe, ist zweifellos. Wir sind in der Tat zurückgeblieben. — Marfan (Schlußwort): Eins der Hindernisse für die Einrichtung spezialistischen Unterrichts ist in den Fakultäten zu suchen, deren Widerstand er in Frankreich aber für nicht unüberwindlich halte. (Forts. folgt.)

---

36. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Dresden, 13.—15. September 1911.

(Aus der Deutschen med. Wochenschrift.)

Lentz (Berlin): **Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten auf Grund neuerer wissenschaftlicher Forschungen.** Bei der Verbreitung von Infektionskrankheiten spielt

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das infizierte Individum die Hauptrolle. Eine besondere und beachtenswerte Gruppe bilden die gesunden Keimträger, sie erscheinen besonders geeignet, Infektionskeime oft über weite Entfernungen hin zu verschleppen und neue Epidemien hervorzurufen. Von den infizierten Individuen werden die Keime auf Gesunde entweder durch unmittelbare Berührung, durch infizierte Gebrauchsgegenstände, Nahrungs- oder Genußmittel oder durch Insekten übertragen, die bei einer Reihe von Krankheiten die Rolle obligater Keimzwischenträger spielen. Das wichtigste Moment im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten ist die Ermittlung aller Infektionsquellen durch strenge Durchführung der Meldepflicht und gründliche bakteriologische Untersuchung aller als Infektionsquellen in Betracht kommenden Personen. Die infizierten Personen sind zu isolieren, ihre Abgänge müssen desinfiziert und unschädlich gemacht werden; auch ist auf die Vernichtung und Abwehr der tierischen Keimzwischenträger hinzuwirken. Auf Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse ist der größte Wert zu legen. Menschliche und tierische Abgänge müssen einwandfrei beseitigt, Nahrungs- und Genußmittel gegen Verunreinigung mit Infektionskeimen geschützt werden. Der Verbesserung der Wohnungsverhältnisse und der Hebung des Reinlichkeitssinnes ist stets die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden. In Betracht kommt auch die Schutzimpfung. Zur allgemeinen Anwendung eignet sich indessen bisher nur die Schutzpockenimpfung, doch hat auch die Typhusimpfung in vielen Fällen schon recht bemerkenswerte Resultate gezeitigt.

Die Diskussion drehte sich besonders um die Frage der Keimträger. Heim (Erlangen) brachte folgende Resolution ein: Die 36. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege erblickt in der Schutzpockenimpfung eine der segensreichsten Maßnahmen auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, der allein die Fernhaltung einer der furchtbarsten Seuchen von unserem Vaterlande zu danken ist. Diese Resolution wurde einstimmig angenommen.

Kirchner (Berlin): **Die Bedeutung der Zahnpflege in den Schulen.** Zahlreiche Messungen und Wägungen von Schulkindern haben ergeben, daß ihre körperliche Entwicklung zur Zeit des Zahnwechsels einen merklichen Stillstand erfährt und erst nach dessen Ablauf in normaler Weise fortschreitet. Neben diesem physiologischen Vorgang wirkt ein pathologischer Zustand des Gebisses, die Zahnkaries, nachteilig auf die Gesundheit der Schulkinder ein, von denen sich nur ein verschwindend kleiner Bruchteil im Besitz eines gesunden Gebisses befindet. Es ist daher die Annahme berechtigt, daß ein Teil der allgemeinen Gesundheitsstörungen während des schulpflichtigen Alters — Bleichsucht, Blutarmut, Verdauungsstörungen, nervöse Erscheinungen — als Folge dieser Erkrankungen der Kauwerkzeuge anzusehen sind. Ein mangelhaftes Gebiß führt im späteren Leben zu ernsten Störungen der Ernährung, begünstigt die Entwicklung der Arteriosklerose, setzt die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionskrankheiten (Tuberkulose) herab und trägt zur Verkürzung des Lebens bei. Es ist daher vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege der größte Wert darauf zu legen, daß die gesamte Bevölkerung frühzeitig über die Bedeutung der Zahnpflege unterrichtet und zur Beobachtung einer vernünftigen Zahnpflege erzogen wird. Mit Rücksicht darauf, daß die gesamte Bevölkerung die Schule durchmacht, ist diese für die Belehrung der Bevölkerung über die Zahnpflege besonders geeignet. Da der Zahnwechsel und die Entwicklung der Zahnkaries in das schulpflichtige Alter fallen, so ist während dieser Zeit eine regelmäßige zahnärztliche Überwachung der Kinder unerläßlich. Die Kosten dieser Überwachung kann ein großer Teil der Volksschulkinder nicht bestreiten; die Schule muß daher diese Überwachung selbst in die Hand nehmen. Die Zahnpflege darf sich aber nicht auf die Überwachung beschränken, sondern muß auch die Behandlung kranker Zähne in sich schließen. Die zahnärztliche Überwachung und Behandlung der Schulkinder sollte, soweit diese nicht eigene Zahnärzte haben, durch Schulzahnärzte geschehen, und zwar bei Kindern aus zahlungsfähigen Familien gegen Bezahlung nach einer mäßigen Taxe, bei unvermögenden unentgeltlich auf öffentliche Kosten. Die zahnärztliche Behandlung der Schulkinder durch Schulzahnärzte geschieht entweder in deren Sprechstunden oder, was in größeren Orten vorzuziehen ist, in zahnärztlichen Polikliniken, die ausschließlich Schulzwecken dienen. Es ist in erster Linie Aufgabe der Gemeinden, solche Schulzahnkliniken zu errichten und zu unterhalten, wenigstens sollte die Errichtung von Schulzahnkliniken durch unentgeltliche Be-

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reitstellung geeigneter Räume und durch Gewährung regelmäßiger Beihilfe gefördert werden. Durch die Anstellung von Schulzahnärzten darf die Tätigkeit der Schulärzte in keiner Weise beschränkt oder behindert werden.

Die Diskussion beschäftigte sich hauptsächlich mit der Beschaffung der für die Schulzahnpflege nötigen Geldmittel. Hierbei wurde besonders auf das sogenannte Duisburger System hingewiesen, wobei die Eltern mit einem geringen Betrage — 0,50 bis 1,00 M. — auf die Zahnpflege ihrer Kinder abonnieren können. Ein kleines Geldopfer wirke für die Schätzung der Schulzahnpflege besser, wie die kostenlose Behandlung.

---

83. Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte.

Karlsruhe, 24.—29. September 1911.

Abteilung für Kinderheilkunde.

(Aus der Münch. med. Wochenschrift.)

1. Sitzung am Sonnabend, den 23. September 1911.

Vorsitzender: Behrens-Karlsruhe.

Prausnitz (Graz): **Die Sommersterblichkeit der Säuglinge.** (Referatthema.) Die große Zahl der namentlich in den Sommermonaten vorzeitig sterbenden Säuglinge erfordert aus hygienischen, wirtschaftlichen und nationalen Gründen ein besonderes Interesse. Die Sterblichkeit steigt im Frühjahr an, erreicht im Sommer ihr Maximum, um im Herbst relativ rasch wieder abzusinken. Die Verteilung der Sterbefälle auf die einzelnen Krankheiten ist noch wenig erforscht; jedenfalls spielen die sogen. Magen-Darmerkrankungen eine ausschlaggebende Rolle. Über die Ätiologie der großen Sommersterblichkeit sind die Anschauungen noch recht geteilt. Übereinstimmung herrscht nur darin, daß Brustnahrung eine hohe Mortalität verhütet, während die Sterblichkeit durch die künstliche Ernährung gefördert wird. Sie ist ferner dort am höchsten, wo der Säugling unter ungünstigen äußeren Bedingungen lebt, und ist kaum zu finden, wo eine gewisse Intelligenz und Wohlhabenheit der Eltern vorhanden sind.

Als direkte Ursache der hohen Sommersterblichkeit, namentlich der sie verursachenden Ernährungsstörungen, werden angesehen: a) zersetzte Milch bzw. die in ihr enthaltenen Mikroorganismen und deren Produkte; b) qualitativ oder quantitativ unzweckmäßige Nahrung; c) hohe Außentemperaturen, welche eine Überhitzung der Wohnungen veranlassen. Klinische und statistische Beobachtungen lassen mehr und mehr den direkten Einfluß des ungünstigen Wohnungsklimas als wesentlichste Ursache der hohen Sommersterblichkeit erscheinen, während die Bedeutung der zersetzten Milch als mindestens sehr stark überschätzt fast allgemein angesehen wird. Zur Vertiefung der bisherigen Ergebnisse hat die weitere Forschung individualstatistische Erhebungen und eingehende Untersuchungen des Wohnungsklimas anzustellen. Dies geschieht zweckmäßigerweise auf einer durch eine gemischte Kommission auszuarbeitenden allgemeinen Grundlage. — Eine Herabsetzung der Mortalität ist zu erwarten durch Förderung der Brustnahrung, durch Beaufsichtigung des Ziehkinderwesens, durch Besserung der Wohnungsverhältnisse der minderbemittelten Klassen.

Rietschel (Dresden) (dasselbe Referatthema): Die Sommersterblichkeit kommt dadurch zusande, daß zu den vielen Schädlichkeiten, die die allgemeine Säuglingssterblichkeit bedingen (Ernährung, Milieu usw.) im Sommer ein neues schädliches Moment hinzutritt: die Hitze. Diese kommt für den Säugling wesentlich durch die hohe Wohnungstemperatur, nur selten als direkte Insolation zur Geltung. Die beiden Möglichkeiten, wie die Sommerhitze auf das Kind wirken kann, sind folgende: 1. durch bakterielle Zersetzung der Nahrung; 2. durch eine

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einwirkung der Hitze auf das Kind. Die erstgenannte Möglichkeit ist unbewiesen und unwahrscheinlich; die in der Literatur beschriebenen Milchvergiftungen sind Massenvergiftungen und verlaufen klinisch und epidemiologisch verschieden vom Sommerbrechdurchfall. Zuzugeben ist nur, daß eine stark bakterienreiche Milch vielleicht leichter Durchfall erregend wirkt. Gegen eine größere Bedeutung der peptonisierenden und säurebildenden Bakterien sprechen Erfahrungen bei Kindern mit verschiedenen Molkereiprodukten. Dagegen kommen bei Säuglingen echte Wärmestauungen (Hitzschläge) mit Krämpfen, Bewußtlosigkeit, Hyperthermie und rasch tödlichem Verlaufe vor. Erbrechen und Durchfall können dabei fehlen, werden aber meist beobachtet und können das Bild beherrschen; auch gesunde Brustkinder können unter diesem Krankheitsbild zugrunde gehen. Vorübergehende Wärmestauungen werden ohne Schaden vertragen; zu schweren Erscheinungen kommt es erst, wenn die Wärmestauung durch warmes Einhüllen gesteigert wird. Ein Teil der künstlich ernährten und ernährungskranken Säuglinge reagiert unter gleichen Wärmeverhältnissen leichter als Gesunde mit erhöhter Temperatur. Es ist sehr wahrscheinlich, daß beim kranken Kinde ein bestehender Durchfall durch Wärmestauung noch weiter verstärkt wird; daher das Überwiegen der Flaschenkinder. Die verderbliche Wirkung der Hitze ist nicht ausschließlich in einer Hyperthermie des Kindes zu sehen; sie kann auf viel komplizierteren Wegen zustande kommen (Wasserentziehung, erhöhte Milchzufuhr, veränderte Magendarmsekretion usw.). Die kombinierte Wirkung verschiedener Faktoren auf Kinder in verschiedenem Zustand erklärt die verschiedenen Bilder des Sommerbrechdurchfalls.

Prophylaxe und Therapie haben auf Entwärmung des Kindes und seiner Umgebung zu achten. Die Nahrungsmenge ist bei gleicher Flüssigkeitszufuhr eher einzuschränken. Die Milchhygiene wird durch diese Anschauungen nicht wesentlich berührt.

Ludwig F. Meyer (Berlin): **Die Morbidität und Mortalität der Säuglinge im Sommer 1911.** M. berichtet über die in diesem Sommer an dem Material der Waisensäuglinge Berlins in der Anstalt und in Außenpflege angestellten Beobachtungen.

In der Außenpflege wurde zunächst während der heißen Monate Juli, August (im letzteren 23 Tage mit einer Maximaltemperatur über 25° C) ein ungünstiger Einfluß auf das Gedeihen der gesund gebliebenen Kinder festgestellt. Ihr Ansatz betrug nur die Hälfte von dem des vergangenen Jahres (z. B. 1910 590 g gegen 290 g 1911). Die Hitze hat also, ohne Krankheitssymptome auszulösen, den Ernährungsvorgang beeinträchtigt. Als Sommerkrankheiten sind die mit Durchfällen einhergehenden Ernährungsstörungen sowie die eiterigen Hautaffektionen (Furunkulose, Abszesse usw.) zu bezeichnen. Die ersteren zeigen eine Zunahme vom Winter zum Sommer von 15% auf 41% der Erkrankten, die letzteren von 6 auf 30%. Ein Drittel aller Erkrankungen des Sommers wurde also durch die eiterige Hautaffektion repräsentiert. Dieser Tatsache kommt um so größere Bedeutung zu, als den Infektionen oft sekundäre Ernährungsstörungen folgen.

Hitzschlagartige Erkrankungen (mit Hyperthermie bis 43,3°) wurden in 1,5% des Materials, also durchaus nicht selten festgestellt. Sie betrafen gutgenährte, kräftige Kinder in der heißesten Zeit des Jahres, Juli und Anfang August. — Ob aber für das Gros der übrigen Magendarmstörungen als Ätiologie Toleranzeinschränkung durch die Hitze oder Ernährung mit zersetzter Milch anzusprechen ist, muß offen gelassen werden. Besondere Vorsicht in der Frage legen zwei Beobachtungsreihen in der Anstalt nahe. Dort wurden keine Hitzeschädigungen wahrgenommen; dagegen kamen in zwei Perioden eine Reihe von Darmstörungen im Anschluß an die Verfütterung wahrscheinlich nicht einwandfreier Buttermilch vor. M. faßt die Beobachtungen dahin zusammen: die Hitze bewirkt:

1. unmittelbare Schädigung des Kindes durch Hyperthermie,
2. mittelbare Schädigung durch Einschränkung der Toleranz für die Nahrung,
3. Verringerung der Immunität,
4. Aggravierung des Verlaufs jeglicher alimentären und infektiösen Erkrankung,
5. mittelbare Schädigung durch Milchzersetzung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bahrdt (Berlin): **Zur Pathogenese der akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter.** B. und seine Mitarbeiter haben infizierte Säuglingsnahrung, Magen- und Darminhalt von Säuglingen und Versuchstieren auf Quantität und Qualität der darin gebildeten flüchtigen Fettsäuren untersucht. In der Nahrung finden sich weniger flüchtige Säuren, als im Magen entstehen. Hier ist deren Menge bei Kuhmilch größer als bei Frauenmilch. Bei normaler Verdauung entstehen sie im Magen unabhängig von der bakteriellen Infektion der Nahrung vorwiegend aus den präformierten Glyzeriden niederer Fettsäuren (Butyrin usw.), von denen die Kuhmilch 4 mal mehr enthält als die Frauenmilch. Die Kohlehydrate und hohen Fettsäuren scheinen hierbei nicht in Betracht zu kommen. Im Magen wiegen Buttersäure, Kapron- und Kaprylsäure vor, während in zersetzter Milch, Buttermilch und im Stuhl die Essigsäure überwiegt. Dies spricht für einfache Abspaltung durch die Verdauungsfermente im Magen, dagegen für Entstehung durch bakterielle Gärung in verdorbener Nahrung und im Darm. Im Stuhl sind die Werte der flüchtigen Säuren höher als im Magen, besonders hoch bei Brustkindern. In dyspeptischen Bruststühlen und beim Enterokatarrh finden sich besonders hohe Werte (speziell von Essigsäure). Im Tierversuch (Radioskopie nach Cannon) wirkt Essigsäure am stärksten auf die Peristaltik, und zwar in Mengen, wie sie in verdorbener Milch nicht, vielleicht aber im Magendarmkanal unter pathologischen Bedingungen vorkommen können.

Salle (Berlin): **Über den Einfluß hoher Sommertemperaturen auf die Funktion des Magens.** S. ist es gelungen, bei jungen Hunden durch Erhöhung der Außenlufttemperatur ein Krankheitsbild zu erzeugen, das durch Wärmestauung, rapiden Gewichtsabsturz, Durchfälle und Erbrechen charakterisiert ist. Die Untersuchung der aus einem Pawlowschen Magenblindsack gewonnenen Magensaftes ergab: Starke Verringerung der Magensaftmenge, Herabsetzung der peptischen Kraft und des Labvermögens, niedrige Werte für Gesamtazidität und freie Salzsäure. Diese Befunde erklären, wenn sie auch für den durch Hitze geschädigten Säugling zutreffen, die verminderte Toleranz des Magendarmkanals gegenüber den gebräuchlichen Nahrungsgemischen während der heißen Sommermonate. Der reguläre Eiweißabbau wird gehemmt, die Mechanik des Pylorusschlusses und Öffnung wird verändert, durch die verringerte oder ganz fehlende freie Salzsäure werden im Darm Bedingungen für die Entwicklung einer vom Normalen abweichenden Bakterienflora geschaffen; auch für die Fettverdauung sind die erhobenen Befunde insofern von Bedeutung, als die Pankreassekretion von dem Säuregehalt des Magensaftes abhängig ist. Die festgestellte Insuffizienz des Magens ist wohl nur eine Teilerscheinung des allgemeinen Darniederliegens der Magendarmfunktionen und hauptsächlich auf Wasserverluste zurückzuführen.

Diskussion zu den bisherigen Vorträgen:

Schloßmann weist auf die Lehren dieses heißen Sommers und auf die Bedeutung der Meinertschen Arbeiten hin. Von Bedeutung ist die Stärke der nächtlichen Abkühlung.

Thiemich: In Magdeburg ist in diesem Sommer kein einziges reines Brustkind an Sommerdurchfall gestorben; diesbezügliche statistische Angaben sind mit Vorsicht zu benutzen.

Pfaundler: Hohe Außentemperaturen können durch Wärmestauung nicht nur auf den Magendarmkanal, sondern auf alle Körperzellen und damit auf die Immunkörperbildung wirken. Es wäre die Reaktionsform auf Antigeneinwirkung unter dem Einfluß der Hitze zu prüfen. (Beobachtungen bei der Impfung!)

Feer hat echten Hitzschlag bei Säuglingen nie gesehen, auch die Sommercholera als Hitzewirkung nicht nachweisen können. Auf der Klinik ereigneten sich höchstens leichte Störungen ohne Fieber. Wichtigkeit der Pflege.

Schiller: In vielen Fällen liegt den Sommererkrankungen eine Infektion, besonders des Rachens zugrunde; Infektionsquelle sind ältere Kinder und Erwachsene.

Bernheim: Statistische Erhebungen ergaben für einzelne Städte der Schweiz keinen Sommergipfel der allgemeinen Mortalitätskurve der Säuglinge. In klinischen Versuchen war die Verfütterung sorglos behandelter und zersetzter Milch ohne verderbliche Folgen.

Stoos sah niemals echte Hitzschläge. Gefährlich ist besonders Hitze bei bedecktem Himmel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lugenbühl: Gewitterreiche Sommer machen viel Brechdurchfall; unter diesen Verhältnissen verdirbt auch die Milch am leichtesten.

v. Starck: Bei den großer Hitze ausgesetzten Schiffsheizern ist über Verdauungsstörungen nichts bekannt.

Salge: Vergleiche mit dem viel besser regulierenden Erwachsenen sind nicht angebracht.

Uffenheimer berichtet über schlechte Erfahrungen einer Münchener Milchküche nach einmaliger versehentlicher Ausgabe sauer gewordener Milch; er sah öfter Hitzeschäden bei älteren Kindern.

Kleinschmidt: Die Hitze wirkt in Kombination mit unzweckmäßiger Ernährung.

Außerdem sprachen die Herren Schlesinger, Selter, Prausnitz und Rietschel, welcher sich dagegen verwahrt, daß er die Rolle der Nahrung unterschätze; das Problem ist durch Zusammenwirken verschiedener Faktoren kompliziert.

2. Sitzung am Sonnabend, den 24. September.

Vorsitzender: Seitz-München.

Mendelsohn (Freiburg i. Br.): **Beobachtungen über Hauttemperaturen der Säuglinge.** Die Hauttemperaturen haben deshalb ein ganz besonderes Interesse, weil sie gestatten, durch den Vergleich mit den Körpertemperaturen wichtige Schlüsse auf das Wärmeregulationsvermögen eines Individuums zu ziehen. Während die Wärmebildung nur wenig veränderlich ist, wird die Wärmeabgabe stark durch das Verhalten der Hautgefäße beeinflußt. 81—85% dieser Abgabe verlassen auf diesem Wege durch Leitung, Strahlung und Verdunstung von Wasser den Körper.

Die Hauttemperaturen wurden mit einem von Scheible (Zeitschrift für Kinderheilkunde 2, 1) näher beschriebenen Apparat registriert.

Es werden 3 Kurven gezeigt, eine mit guter, eine mit unzureichender, eine mit schlechter Wärmeregulation.

Das Wärmeregulationsvermögen junger Säuglinge ist schlecht, völlig unzureichend bei sehr schwächlichen Kindern, z. B. Frühgeburten. Es wird erst langsam während der ersten Lebensmonate erworben und kann bei schweren Krankheiten und Zuständen von Atrophie wieder verloren gehen.

Aschenheim und Kaumheimer-Heidelberg: **Über den Aschegehalt der Muskulatur bei Rachitischen.** Es wurde die Muskulatur von 8 rachitischen und 3 nicht rachitischen Kindern auf ihre Aschenbestandteile hin untersucht. Bestimmt wurden meistens Gesamtasche, Ca, Mg, Na, K, P und N. Bei allen Rachitikern ergab sich ziemlich entsprechend der Schwere der rachitischen Erkrankungen eine Verminderung des Kalkgehaltes. Eine eindeutige Veränderung der anderen Aschenbestandteile konnte nicht festgestellt werden. Auf Grund dieser Kalkreduktion erscheint eine allgemeine Störung des Kalkstoffwechsels bei Rachitis wahrscheinlich.

Niemann-Berlin: **Der respiratorische Stoffwechsel des Säuglings.** An Säuglingen verschiedenen Alters und Gewichtes, normalen und atrophischen, wurde der respiratorische Stoffwechsel nach der Methode von Voit-Pettenkofer untersucht. Die Ergebnisse sind, daß die Kohlensäureausscheidung bei den Kindern, die sämtlich künstlich genährt wurden, sich durchaus proportional der Oberflächenentwicklung verhielt. Die Kohlensäureproduktion betrug bei allen Kindern übereinstimmend zwischen 17 und 18 g pro Stunde, Werte, die auch mit den früher von Rubner und Heubner für das künstlich genährte Kind gefundenen durchaus übereinstimmen. Es zeigte sich, daß das Alter und das Gewicht des Säuglings dabei keine Rolle spielen, daß auch die Menge der zugeführten Energie sowie der Ernährungszustand des Kindes keinen Einfluß hatten.

Dasselbe gilt auch für den Kalorienumsatz. Derselbe betrug bei allen Säuglingen durchschnittlich 1300—1400 Kalorien. Es zeigte sich auch hier wieder die Steigerung des Umsatzes, die bei dem mit Kuhmilch genährten Säugling als Folge der spezifisch-dynamischen Wirkung der von ihm zu bewältigenden größeren Eiweißmengen vorhanden ist.

Die Bedeutung der Eiweißzufuhr für das atrophische Kind, das verloren gegangenes Eiweiß rekonstruieren muß, trat in den Versuchen deutlich zutage. Die Atrophiker brachten durchweg 30% des zugeführten Stickstoffs zum Ansatz. Von der zum Ansatz verwandten Energiemenge entfielen bei den Atrophikern 20 und selbst 50% auf Eiweiß.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schlossmann-Düsseldorf: **Weitere Mitteilungen zur Frage der Physiologie und Ernährung des Säuglings.** Sch. erörtert ausführlich die Fehlerquellen, die sich längeren Respirationsversuchen entgegenstellen. Er betont die Wichtigkeit, den respiratorischen Quotienten zu kennen, und weist Niemann gegenüber darauf hin, daß der CO_2-Gehalt der Ausatmungsluft abhängig ist von dem C-Gehalt der Nahrung. Ceteris paribus, je mehr C in der Nahrung, desto mehr CO_2 in der Exspirationsluft. Sch. geht dann auf den respiratorischen Stoffwechsel bei verschiedener Temperatur und bei Atrophikern ausführlich ein.

Diskussion: Noeggerath spricht über den Eiweißhunger im Respirationsstadium. Klotz sah öfter auch bei starker Eiweißzufuhr keinen Effekt. L. F. Meyer glaubt, daß man nach 18 stündiger Nahrungsabstinenz noch keinen reinen Hungerstoffwechsel vor sich habe, was Sch. bezüglich des Kohlehydratstoffwechsels für sicher, bezüglich des Fettes für sehr wahrscheinlich hält. —

Langstein-Charlottenburg: **Das Eisen bei der natürlichen und künstlichen Ernährung des Säuglings.** Die Untersuchungen haben ergeben, daß der Eisengehalt der Kuhmilch bedeutend geringer ist, als der größte Teil der in der Literatur niedergelegten Analysen schließen läßt. In der reinsten, aus dem mit allen Kautelen gesäuberten Euter in ein vollständig gereinigtes Glas gemolkenen und daraufhin sofort der Analyse unterworfenen Milch fanden sich Eisenmengen von 0,3—0,7 mg im Liter. Daran, daß die Tatsache des abnorm niedrigen Eisengehaltes in der Kuhmilch bis jetzt unbekannt geblieben ist, scheint nur zum Teil die von den verschiedenen Autoren angewandte Methodik schuld zu sein, denn ein höherer Eisengehalt kommt leicht durch die verschiedenen Prozeduren zustande, denen die Milch vor der Verwendung unterworfen wird. So ist der Eisengehalt der gewöhnlichen Marktmilch viel höher als der der rein gewonnenen und sofort untersuchten Kuhmilch, offenbar dadurch, daß eisenhaltige Beimengungen leicht in die Milch hinein gelangen und mit analysiert werden. Es läßt sich direkt verfolgen, wie sich der Eisengehalt der Milch mit der Menge der Prozeduren, die mit der Milch vorgenommen werden, vermehrt. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß das Kind bei künstlicher Ernährung bedeutend weniger Eisen zugeführt erhält als bei der Ernährung an der Brust. Eine bei Vollmilchernährung frühzeitig auftretende Anämie wird uns in ihrer Pathogenese so verständlich. Die Eisenfrage muß für den künstlich ernährten Säugling von neuem untersucht werden, nachdem durch den Befund des minimalen Eisengehaltes der Kuhmilch das Verständnis für Störungen von dieser Seite bedeutend näher gerückt ist.

Benjamin-München: **Über eine eigenartige Form der Anämie im frühen Kindesalter.** Beschreibung einer schweren, anscheinend unheilbaren angeborenen oder früh erworbenen Anämie der ersten Lebensjahre ohne luetische oder tuberkulöse Grundlage, ohne größere Rachitis oder sonstige positiven Organbefunde, verbunden mit charakteristischem, körperlichem Habitus (Hydrozephalus, Wachstumsstörungen des Skeletts, Hypoplasie des Genitales, Epikanthus) und verschiedengradiger, geistiger Schwäche, vermutlich beruhend auf angeborener funktioneller Minderwertigkeit des Knochenmarks.

Welde-Berlin: **Erfahrungen mit Salvarsan bei Lues congenita.** Injiziert wurden 23 Säuglinge und 6 ältere Kinder, zunächst subkutan und intramuskulär in Altscher Lösung oder Ölsuspension. Die Dosis begann mit 0,008 pro kg und stieg bis 0,1 pro Säugling. Die Injektionen wurden eventuell 2—3 mal wiederholt (bis 0,32 Gesamtdosis). Todesfälle im Anschluß an die Injektion kamen nicht vor. Beobachtet wurden dagegen neben vorübergehenden Temperatursteigerungen und leichten Durchfällen recht unangenehme Infiltrate und Nekrosen. Schonender ist die technisch schwierigere intravenöse Injektion in die Kopfvenen, die in 10 Fällen versucht wurde. Günstig beeinflußt wurden besonders die Haut- und Schleimhauterscheinungen und das blasse Aussehen, weniger deutlich Milz-, Leber- und Drüsenschwellungen. Die Wassermannsche Reaktion wurde 1 mal vorübergehend negativ. Eine Überlegenheit des Salvarsans über die Hg- und Jodbehandlung ist bisher nicht ersichtlich.

Fuld und Noeggerath-Berlin: **Über die Bedeutung der Artspezifität für die Funktion der Verdauungsfermente, insonderheit des Magenlabs.** Ihre Bedeutung wurde bewiesen durch Labungszeit und Labmenge messende Kreuzversuche, in denen die jeder Milch an sich eigentümliche, geringere oder größere Verlabbarkeit mit

Digitized by Google Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Rechnung gezogen war. Zur Erklärung dieser Artspezifität konnte die Mitwirkung — gegen fremde Labarten gerichteter — Antilabe für die Kuh- und die Ziegenmilch ausgeschlossen werden. Für die Hundemilch war das mit Sicherheit bisher nicht möglich, da sich im Serum dieser Tierart gegen fremdes (Kuh) Lab gerichtetes Antilab fand, das möglicherweise in die Hundemilch übergehen und dort schützen könnte. Ob die Artspezifität auf Rezeptorengemeinschaft zwischen Milch und artgleichem Lab beruht — was wahrscheinlich ist — oder ob wenigstens nebenher das besondere Salzmilieu der Milcharten eine Rolle spielt, konnten die Autoren noch nicht genügend sicherstellen.

Diskussion: Moro macht Noeggerath auf seine Versuche betreffend die Spezifität tierischer Labfermente (1903) aufmerksam und erwägt, ob es nicht durchführbar sei, sich auch in solchen Fragen der Komplementbildung zu bedienen, was Noeggerath nicht tun möchte, um die Versuche nicht weiter zu komplizieren. (Forts. folgt.)

III. Neue Bücher.

G. Sticker. **Der Keuchhusten.** 2. Auflage. Wien und Leipzig, A. Hölder. Preis: 6 Mk.

Ein Handbuch, das speziell dem Keuchhusten gewidmet ist, kann auf das Interesse der Ärztewelt rechnen, zumal wenn es von einem solchen Kenner der Krankheit geschrieben ist, wie es St. ist, aus dessen Worten man überall die reiche Erfahrung heraushört. Das Buch ist zudem außerordentlich fließend geschrieben, bringt alles, was zur Sache gehört, klar zur Sprache und eignet sich daher durchaus für den Praktiker, der es mit vielem Nutzen studieren wird.

Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die Deputation für die städtischen Krankenanstalten hat sich einstimmig für den Bau eines Kinderkrankenhauses (mit Säuglingsabteilung) im Osten Berlins ausgesprochen.

Breslau. Prof. Dr. Tobler (Heidelberg) hat einen Ruf als o. Prof. für Kinderheilkunde angenommen. — Das Städtische Säuglingsheim ist eröffnet.

Leipzig. Eine Städtische Schulzahnklinik ist am 2. Oktober eröffnet worden. — Die Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte tagt am Sonntag, den 10. Dezember, in Leipzig. Referatthema: Die Dentition. Ref.: Flachs (Dresden) und Schuster (Leipzig).

Wien. Eine Zentralstelle für körperliche Erziehung der Schuljugend hat sich konstituiert. — Die feierliche Eröffnung der Kinderklinik fand am 4. November statt.

Basel. Prof. Dr. E. Hagenbach-Burckhardt wird mit Ende des Semesters vom Lehramte und von der Leitung des Kinderspitals zurücktreten.

Wir eröffnen den neuen Jahrgang mit einer Arbeit aus der Feder von Prof. Finkelstein.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Namenverzeichnis des XVI. Jahrganges.

Abelsdorff 417.
Abrami 354.
Abrikosoff 458.
Achard 475.
Agopoff 315.
Alexander 198.
Alexandroff 280.
Allaria 42, 320.
Alsberg 452.
Apert 158.
Archangelsky 452, 453.
Argutinsky-Doglorukow 450.
Arraga 74.
Arnautovic 405.
Aschenheim 425, 486.
Athanasescu 39.
Auerbach 93, 126, 386, 452.
Aviragnet 73.
Axisa 428.

Badin 75.
Baedecker 217, 449.
Baginsky A. 18, 232.
Bahr 279.
Bahrdt 178, 443, 485.
Bahrmann 234.
Baillet 202.
Baisch 230.
Baldini 395.
Bamberg 54, 442.
Barolin 207.
Bartels 473.
Bauer 6, 205, 207, 226, 326, 360, 372, 440.
Baum 8.
Baur 289.
Baurowicz 270.
Bayerthal 360.
Beck 173, 372.
Beerholdt 214.
Behr 227.
Behrend 214.
Behrendt 311.
Bénard 76.
Beneke 62.
Benjamin 455, 487.
Bennecke 337.
Berend 55, 480.
Berger 439.
Bergh 348.
Bernhardt 332, 414.
Bernheim-Karrer 73.
Best 466.
Betke 59, 370.
Bibergeil 288, 417.
Bielefeldt 123.
de Biehler 197.
Brien 245.
Biermanns 405.
Biesalski 42.
Bihler 81.
Bing 164.
Birk 151, 329, 411, 417.
Bjelenki 473.
Bjelilowski 40.
Blacher 63.
Blanchard 355.
Blochmann 56, 302.
Blühdorn 416.
Blümel 285, 405.
Blume 244.
Blumenau 451.
Bluth 22.
Boas 336.
Bockenheimer 462.
Böhm 262, 374.
Bogrow 24.
du Bois 352.
v. Bókay 173, 180, 181, 312, 451.
Bolz 359.
Boncour 316.
Borkewitsch 214.
Bornstein 452.
Botey 243.
Botteri 25.
Brandenberg 31, 410.
Brandes 309.
Braumüller 186.
Brelet 475.
Bremewer 163.
Bretschneider 409.
Breuer 126.
Brudny 453.
Brudziński 86.
Brückner 379, 448.
Brüning 257.
Brun 119.
Bucaille 158.
Bundy 478.
Burghard 278.
Burneff 78.
Busse 348.
Buttermilch 97.

Cabannes 71.
Cain 317.
Calvary 150, 305.
Canestrini 153.
Cannata 376.
Cantacuzène 437.
Carnot 393.
Casassovici 39.
Cassel 335, 451.
Cassirer 137.
Castro y Lopez 243.
Caubet 314.
Čech 253.
Chilaiditi 23.
Christina 280.
Christofoletti 71.
Ciaccio 268.
Citelli 153.
Claude 317.
Clunet 76.
Cobliner 256.
Codivilla 56.
Cohn 360.
Cohn, G. 323.
Cohn, L. 12.
Concetti 78, 320.
Collin 395.
Comba 406.
Corominas 204.
Coroneanu 353.
Cotta-Ramusino 357.
Coulonjou 157.
Croner 258.
Cushing 252.
Czyhlarz 110.

Daiber 259.
Dale 202.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dannberg 126.
David 283.
Delamare 317.
Delcourt 240.
Deoherm 199.
Dessauer 379.
Deutsch 115.
Dibbelt 62.
Dini 119.
Dittrich 156.
Döbeli 254, 292.
Döblin 302.
Doell 359.
Donath 114, 271, 431.
Dorofejeff 83.
Druelle 241.
Drey 441.
Ducroquet 394.
Dürck 323.
Duhot 14.

Eckert 165, 181.
Edelstein 178.
Egert 245.
Egloff 326.
Ehrhardt 152, 183.
Ehrlich 429.
Eichhorst 31.
Einhorn 110.
Eisler 245.
Elders 360.
Eller 91.
Engel 50, 186.
Engländer 440.
Entz 397.
Esch 390.
Escherich 126, 193, 205.

Falkenheim 45.
Fedinski 91.
Feer 431.
Feibelmann 464.
Ferrer 202.
Fickler 133.
Fielitz 347.
Fieux 275.
Fiévet 326.
Finizio 320.
Finkelstein 52, 266, 321.
Fischl 456.
Fischner 473.
Flandin 475.
Fleischer 120.
Flesch 328.
Flinker 154, 349.
Flurin 241.
Foderà 119.
Foix 198.
Forssner 292.
Fränkel 365.
Francaviglia 357.
Franchetti 79.
Francioni 120, 438.
Frank 360.
v. Franqué 257.
Friberger 6.
Friedjung 85, 207, 246.
Friedmann 402.
Fritz 80.
Fröschels 147.
Fromaget 25, 159.
Fronz 125.
Fuà 79.
Fuld 487.

Galatti 85, 275.
Galewsky 89.
Garuffo 160.
Gaucher 241.
Gautier 352.
Gendron 353.
Genersich 80.
Giaratana 437.
Giffhorn 457.
Gilbert 76.
Gill 431.
Gindes 328.
Glaessner 259.
Goebell 332.
Goebels 405.
Goeckel 405.
Göppert 141, 360, 382, 426.
Goett 297.
Goldreich 206.
Goldstein 322.
Golodetz 271.
Goldreich 398.
Gorbenko 321.
Gouraud 38.
Gouvêa 117.
Grabow 326.
Gräfenberg 282.
v. Gratkowski 126.
Graupner 104.
Griffith 293.
Grimm 450.
Grön 161.
Grosser 59, 370, 379.
Grünfeld 247.
Gundlach 126.
Gruss 474.

Haas 476.
Haberfeld 110, 347.
Haertell 214.
Hagenbach-Burckhardt 373, 488.
Hager 67.
Hahn 26.
Halberstadt 369.
Hamburger 60, 230, 420.
Hanashima 405.
Hanns 277.
v. Hansemann 227.
Hanssen 231.
Harras 299.
Harries 319.
Hartmann 191.
Hartwig 18.
Haushalter 315.
Hecker 90, 453.
Hegner 389, 449.
Heidemann 310, 405.
Heidsieck 405.
Heile 135.
Heim 95, 147, 298.
Heizer 326.
Helbich 53, 176.
Hellwig 446.
Hemonway 279.
Hepner 326.
Herbst 295.
v. Herff 16.
Hermann 356.
Hertz 262.
Herxheimer 12.
Herz 244.
Heubner, O. 92, 480.
Heubner, W. 92.
v. Heuss 214.
Hildebrandt 108, 138.
Hirsch 13, 391.
Hjort 336.
Hochheim 470.
Hochsinger 85, 87, 206, 441.
Hock 440.
Hodgson 391.
Höfer 414.
Hoeniger 300.
Hoffa 149.
Hohn 334.
Holt 279.
Hoppe 103.
Huldschinsky 442.
Huster 214.
Hutchinson 36.

Ibrahim 107, 368, 424.

Japha 96, 301.
Jasiński 46, 86.
Jeanbrau 118.
Jemma 41.
Jerusalem 246.
Jesionek 379.
Joachimsthal 10, 282.
Joedicke 153.
Jörgensen 161.
John 95, 147, 298.
de Jong 79.
Joseph 187.
Jovane 280.

Kalb 25.
Kamio 126.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kappel 242.
Karasawa 87, 173.
Kartje 49.
Kaspar 457.
Kathe 326.
Kaumheimer 486.
Kaupe 95.
Kayser 186.
Keck 405.
Kehrer 429.
Keller 364.
Kern 374.
Kevàcz 397.
Kielhorn 70.
Kirchheim 188.
Kirmisson 118.
Kirchner 482.
Kissel 163.
Klatt 214.
Klausner 24.
Klein 326.
Kleinschmidt 225, 296.
Klose 54, 129, 367.
Klotz 100.
Knöpfelmacher 204, 441.
Koch, G. 6.
Koch, H. 246.
Koch, W. 16.
Köhl 126.
Köllicker 282.
Königstein 205.
Koeppe 257.
Kokall 155.
Kolb 295.
Koplik 481.
Koser 289.
Kraeck 405.
Kramsztyk 255.
Krankenhagen 126.
Krasnogorski 175.
Krauss 105.
Kreissmann 359.
Kretschmer 180.
Kröber 466.
Krumbein 275.
Krusius 427.
Kudisch 82.
Kümmel 154.
Künne 43.
Kuh 475.
Kuhlemann 66.
Kurtz 126.
Kusskoff 162.
Kutoirt 430.
Kyrle 84.

Lade 7, 326, 408.
Laederich 276.
Laffont 316.
Landouzy 122, 276.
Landsteiner 352, 392.
Langaker 161, 226.
Lange 332.
Langer 16.
Langerhans 359.
Langes 344.
Langstein 91, 304, 441, 487.
Laquerrière 199.
Lateiner 369.
Lauritzen 80.
Lawatschek 452.
Leahy 156.
Lebègue 116.
Lederer 388.
Leede 264.
Leiner 45.
Lentz 481.
Leopold 256.
Leriche 74.
Lesage 395.
Leschly 336.
Lesieur 317.
Leubuscher 359.
Levaditi 75, 76, 352, 392.
Levi 449.
Levy 261, 298.
Liebmann 126.
van Lint 201.
Lion 419.
Lippe 48.
Ljaschenko 396.
Loeb 361.
Longo 479.
Loos 326.
Lorentz 360.
Loumeau 199.
Ludwig 126.
Lüders 405.
Lust 293.
Lutz 269, 430.

Machado 41.
Macht 289.
Magers 449.
Magnus 378.
Maher 157.
Maier 336.
Maillard 355.
Marfan 432, 481.
Margolis 405.
Marie 393.
Markuson 315.
Maune 116.
v. Mayersbach 112.
Mayerhofer 297, 390, 404.
Mayr 423.
Medin 481.
Medowikoff 243, 294, 409.
Meier 251.
Meissner 306.
Melchior 269.
Mendelsohn 486.
Mendez 70.
Menier 192.
Menschikoff 297.
Menzel 399.
Merkel 465.
v. Mettenheimer 105.
Meusburger 189.
Meyer 154, 388.
Meyer, E. 13.
Meyer, L. 461.
Meyer, L. F. 52, 266, 308, 322, 484.
Meyer, M. 453.
Meyerhofer 207.
Michailoff 88.
Michalsky 70.
Minet 77.
Mogilnicki 121.
Mohr 284.
Moro 126, 251, 264, 295.
Morse 278.
Mosberg 450.
Moussons 436.
Müller, E. 250, 461.
Müller, O. 405.
Münch 288.
Murphy 36.
Muskens 79.

Naamé 450.
Nakaizumi 25.
Nerking 450.
Nestor 117, 353.
Netter 76, 201, 353.
Neuhof 156.
Neumann 373, 400.
Neumark 6.
Neurath 94, 314.
Neussel 444.
Nicolaescu 117.
Niemann 91, 486.
Nobécourt 435.
Noeggerath 292, 487.
Noll 54.
Nordmann 127.
Nothmann 7, 150.

Obermüller 467.
D'Oelsnitz 393.
Örum 279.
Oliari 41.
Oppenheim, 474.
Orgler 329.
Oroison 392.
Ostrowski 328.

Pacchioni 478.
Paisseau 37.
Pannwitz 388.
Pap 275.
Pastia 241.
Pawlowskaja 162.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pechowitsch 55.
Pechstein 126, 330.
Péhu 198, 240.
Peiser 185.
Pekal 174.
Pel 261.
Peritz 403, 458.
Perrin 290.
Péteri 328.
Petermöller 405.
Peters 430.
Petruschky 88.
Pexa 147.
Pfaundler 281, 282.
Philibert 76.
Pick 399.
Pies 328.
Piesen 193.
Pimenoff 479.
Pincherle 478.
v. Pirquet 45, 326, 342.
Pittau 119.
Placzek 306.
Plettner 445.
Plouchu 37, 38, 433.
Poelchau 359.
Pollak 50, 242.
Poly 268.
Poncet 74.
Ponticaccia 357.
Porcelli 397.
Porcher 240.
Potpeschnigg 327, 364.
Prausnitz 483.
Prechner 46.
Preisich 237.
Preleitner 249, 440.
Prochownik 427.
Proskauer 147, 364.
Pudor 23.
Pürckhauer 64, 267, 304, 380.
Puppel 88.
Purtscher 272.

Rach 204.
Raczynski 450.
Raecke 190.
Railliet 434.
Ramacci 160, 280.
Ranke 293.
Raymond 317.
Raysky 191.
Rehn 292.
Reiche 43.
Reinke 12.
Reischig 214.
Reitsch 430.
Rendu 37, 38, 433.
Réthi 72.
Retzlaff 149.
v. Reuss 85, 205, 399.
Rheindorf 401.
Ribadeau-Dumas 38.
Ribeiro de Costro 243.
Richter 97.
Riedel 189.
Rietschel 371, 488.
Rinne 238.
Risel 150, 445.
Rjabinkin 163.
Roccavilla 438.
Roeder 344, 449, 452.
Römer 187, 416.
Röthler 301.
Rohmer 368, 453.
Roller 360.
Rolleston 78, 116, 391.
Rollet 326, 335.
Rosenberg 322.
Rosenblatt 86.
Rosenhaupt 410.
Rosenstern 93, 322.
Rosenthal 126.
Roth 307.
Rothe 260.
Rothfeld 360.
Rott 94, 444.
Roussy 76.
Rovere 438.
Rudnitzky 268.
Ruediger 369.
v. Ruffy 480.
v. Rundstedt 270.
Rupp 189.
Rupprecht 339.
Russow 364.

Sack 468.
Safranek 378.
Salge 177.
Salin 198.
Salle 485.
Salzer 245, 350.
Samelson 326, 413.
Sassenhagen 51.
Schabad 50, 148, 396, 455, 458.
Schanz 139.
Schaps 407.
Schelble 216, 252, 414.
Schenk 139.
Schern 333.
Scherrer 447.
Schick 5, 87, 173, 248, 398.
Schiffer 400.
Schiller 106, 410.
Schkarin 88.
Schlesinger 90.
Schloss 176, 411.
Schlossmann 9, 54, 331, 487.
Schmey 226.
Schmidt, E. 126.
Schmidt, M. B. 32.
Schmidt, W. 305.
Schneider 49, 251.
Schoder 379.
Schoenfeld 214.
Schreiber 1, 387.
Schürmann 471.
Schulthess 34.
Schulz F. 126.
Schulze 188.
Scott 116.
Segi 405.
Segneira 319.
Seidel 103.
Seiffert 88, 236.
Seiler 409.
Seitz 406.
Seligmann 461.
Selter 151.
Sequeira 356.
Sheffield 477.
Sicard 198.
Siegert 339.
Silbermann 311.
Silberstern 475.
Simon 241, 276, 371, 412.
Sittler 448.
Sloan 477.
van d. Sluys 469.
Sochorowitsch 396, 458.
Sörensen 305, 306.
Sonnenschein 214.
Souček 247, 448.
Sperk 326.
Spieler 110.
Spillmann 277.
Spindler 358.
Ssuchanow 40.
Stadelmann 143.
Stargardter 8.
Starke 126.
Steinberg 214.
Steinitz 126.
Stenosco 75.
Stern 69, 423.
Stettiner 364.
Stieda 235.
Stock 351.
Stoeltzner 92, 447.
Strempel 16.
Stroink 326.
Stuhl 134.
Stumpf 114.
Suchier 299.
Sugár 72.
Sulzer 464.
Suszynski 405.
Sutherland 278.
Sylla 290.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

v. Szontagh 149, 369.
Teissier 76, 159.
Takeno 405, 413.
Teske 405.
Tezner 174.
Thiele 359.
Thiemich 103.
Thom 428.
Thomas 449.
Thomsen 244, 262, 336.
Tixier 435.
Tobias 473.
Tobler 54, 406, 488.
Tomarkin 275.
Tomaszewski 85, 86.
Toporski 174.
v. Torday 357
Touraine 353.
Towles 330.
Treber 126.
Triboulet 38, 242.
Trinci 79.
Trumpp 90.
Tscheboksaroff 378.
Tugendreich 208, 249.
Turnau 186.
Turquan 480.
Tuttle 115, 116.

Uffenheimer 267, 413.
Unna 271.
Uspenski 163.

Vaglio 280.
Vargas 161.
Vassmer 270.
Veau 394.
Vidal 257, 342.
De Villa 160.
Visco 438.
Voemel 310.
Vogel 214.
Voisin 37.
Voronoff 355.
Voss 214.

Wagner-Hohenlobbese 444.
Walcher 230, 473.
Wallerstein 262.
Wallich 241.
Wanietschek 275.
Weber 21, 340.
Weckenbecker 405.
Weigert 226.
Weiss, L. 334.
Weiss, L. 65, 453.
Weissmann 289.
Weitz 126.
Welde 231, 254, 446, 487.
Wernstedt 175, 176.
Wicherkiewicz 112.
Wichura 465.
Wickmann 190, 255.
Wiedemann 439.
Wierzejewski 42, 43.
v. Wiesner 45.
Wieting 300.
Wilkens 318.
Winkler 214.
Witzinger 455.
Wolfensohn-Kriss 49.
Wolff 347.
Wolfrum 463.
Wollstein 279.
Wrede 178.
Wyss 36.

Zappert 44, 247.
Zarchi 326.
Zimmer 405.
Zirm 289.
Zoepffel 189.
Zübert 214.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sachverzeichnis des XVI. Jahrganges.

Abszesse, akute retropharyngeale 192.
Abnahme, Dauer, Größe und Verlauf der physiologischen 328.
Adenoide Vegetationen, Präparate von 400.
Adenotom, neues 400.
Adenotomie, Skarlatina nach 400.
Adrenalin, Wirkung und Dosierung bei subkutaner Injektion 188.
Akkommodationslähmung nach Diphtherie 159.
Akroasphyxie im Kindesalter 49.
Albulactin, Stoffwechselversuche mit 452.
Albuminurie, Einfluß der Kriechübungen auf die lordotische 55.
—, schulhygienische Bedeutung der lordotischen 193.
—, Fieber bei orthotischer 440.
—, mechanische Erzeugung bei Tieren 456.
Alkoholneuritis, infantile 31.
Alopecia bei einem 3jährigen Kinde mit Syphilis 156.
Amöbendysenterie 428.
Amyotonia congenita 293.
Anaemia splenica 328.
— —, Einfluß einer chronischen Infektionskrankheit auf 18.
— —, durch Leishmansche Parasiten hervorgerufen 41.
— —, Splenektomie wegen 278.
Anämie, perniziöse, beim Säugling 6.
—, Eisengehalt der Frauenmilch und Säuglings- 178.
—, eigenartige Form im frühen Kindesalter 487.
Anaphylaxie, Übergang von Vater und Mutter auf das Kind 139.
— bei Masern 204.
— und Lymphbildung 305.
Anasarka, essentielles 436.
Aneurysma mycotico-embolicum arteriae pulmonalis 397.
Angina Vincenti, Salvarsan bei 475.
—, Spezifizität der Erreger der 416.
Angiom der Parotis 299.
Angiosarkom der Leber 478.
Anophthalmus congenitus mit Lidzysten 112.
Anosmie, Fall von 378.
Anstaltspflege bei gesunden und kranken Säuglingen 149.
Antidiphtherieserum, präventive Einspritzungen 315.
Aperitoltabletten, mißbräuchlicher Genuß 470.
Appendizitis beim Kinde 350.
—, Koprostase- 336.
—, Differentialdiagnose mit Pneumonie und Purpura 475.
Arsentriferrol 449.
Arsenobenzol, s. Salvarsan.
Arsenocerebrin bei Epilepsie 419.
Arsenvergiftung durch arsenhaltiges Konfekt 36.
Arterienrigidität im Kindesalter 230.
Aschengehalt in den Gehirnen Spasmophiler 225.
Assoziationsversuche an Kindern 297.
Asthma, Eurespirantabletten bei 450.
Aszites, zwei Fälle von fötalem 474.
Atemgymnastik, Beitrag zur 70.
Atresia duodeni, angeborene 21.
— analis, zwei Fälle 470.
Augendefekte, zur Vererbungsmöglichkeit erworbener 473.
Augenhintergrundsbefunde, seltene angeborene 25.
— bei hereditärer Syphilis 301.
Azetonämie, Untersuchung der Stühle auf Blut bei 242.
Azidität des Urins, Studien über 408.

Bandwurm, schwere peritonitische Entzündungserscheinungen, hervorgerufen durch 66.
Bantische Krankheit bei hereditärer Lues und ihre Behandlung mit Salvarsan 305.
Barlowsche Krankheit, Fehldiagnosen bei 441.
— — bei einem 6jährigen Knaben 441.
— — bei Ernährung mit Eiweißmilch 447.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bauch, großer schlaffer 432.
Benzin, Ätzwirkung des am Verdunsten gehinderten 261.
Bindehauterkrankung des Neugeborenen, die dem Trachom des Erwachsenen analoge 463.
Blasensteinkrankheit bei Mädchen 280.
Bleivergiftung, verursacht durch Lutschen an der Bettstelle 13.
Blenolenizetsalbe, zweckmäßige Art der Anwendung 379.
Blennorrhoea neonatorum, Beitrag zur 473.
— —, Erblindungsgefahr infolge 466.
Blinddarm, Entzündung des — und des Meckelschen Divertikels 112.
Blinddarmentzündung, s. Appendizitis.
Blut des Säuglings, Gehalt an hämolytischen Normalambozeptoren 6.
—, Viskosität beim gesunden und kranken Säugling 293.
— der Erbsyphilitischen 77.
Blutbildung, extramedulläre, im Säuglingsalter 6.
Blutdruck im Kindesalter 49, 95.
Blutzuckeruntersuchungen bei Säuglingen 256.
Bolus alba, therapeutische Verwendung 100.
Bromoderma beim Säugling 253.
Bronchialdrüsengeschwulst, Fälle von 164.
Bronchiektasien, durch Toxinresorption bedingtes Hauterythem bei 369.
Bronchitis fibrinosa, Fall von 85.
— pseudomembranacea chronica 251.
Brustwarzen, Behandlung verkümmerter, hohler und wunder 423.
Buhlsche Krankheit, Fall 301.
Buttermilchernährung des Säuglings 297.

Calcodat, therapeutische Anwendung von 114.
Caput obstipum, Blickfeld bei 417.
Chloräthylnarkose, kurze 227.
Chlorausscheidung beim Säugling 6.
Chlorakalzium gegen Serumerscheinungen 201.
Chloroformwirkung auf Mutter und Fötus 191.
Cholerine, Ätiologie der Kinder- 279.
Chorea behandelt mit Salvarsan 181, 390.
—, der Kalkstoffwechsel in einem Falle von 280.
—, Sabromin bei 289.
— Sydenhami, Bakteriologie der 271.
Chorioretinitis, Familie mit hereditärer familiärer 430.
Chromidrosis, Fall von 355.
Cirrhosis biliaris, Fall von 86.
Colitis muco-membranacea 74.
Comedones, gruppierte 319.
Cycloform als Anästheticum bei Affektionen des Magen-Darmtraktes 236.

Darmkatarrhe, Behandlung im Kindesalter 308, 322, 382.
Darmkrisen, eosinophile 304.
Darmparasiten bei Kindern 434.
Darmtuberkulose, Blutgefäße und 198.
Darmverschluß, spastischer, bei einem 5jährigen Kinde 127.
—, wichtige Form von funktionellem — und ihre Beziehungen zur Hirschsprungschen Krankheit 302.
Dementia praecox und Syphilis 40.
Dermatitis fibrinosa faciei 264.
Dermoid der Kornea 473.
Diabetes bei Kindern, Behandlung 80.
—, 5 Todesfälle bei Geschwistern an 161, 226.
— hochgradige Lipämie bei juvenilem 351.
Diathese, harnsaure — und Fettsucht bei Kindern 126.
— Stoffwechselversuch an Säuglingen mit exsudativer 226.
—, spasmophile 397.
Diphtheria maligna bei einem Säugling 116.
Diphtherie als Komplikation von Masern 7.
—, erythematös-vesikulopustulöser Hautausschlag nach 22.
—, 3 Fälle von 86.
—, bakterizides Serum bei 120.
—, Behandlung 156.
—, Akkommodationslähmung nach 159.
—, zur Epidemiologie der 162.
—, Nachkrankheiten und wiederholte Erkrankungen an 186.
—, Retourfälle bei 306.
—, Pyozyanase bei 242.
— der Haut, Fall 242.
—, größere Serumdosen bei 255.
—, hysterische Sprachstörung nach 323.
—, zur Bekämpfung der 347.
— im Hospital Trousseau im Jahre 1909 352.
— gleichzeitige Behandlung mit Serum und Schilddrüse 391.
—, phlegmonöse 451.
Diphtheriebazillen, Pyozyanasebehandlung bei Persistenz der 305.
Diphtherieepidemie, Mitteilungen über eine 452.
Diphtherieimmunität 87.
Diphtherierekonvaleszenten, Bekämpfung der Bazillenpersistenz bei 180.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diphtherieserum, neuere Erfahrungen 275.
Diphtherietoxin, Gehalt menschlichen Serums an Schutzkörpern gegen 173.
—, Einfluß auf die sekretorische Funktion der Nebenniere 378.
Dosierung der Medikamente im Kindesalter 26.
Drüsen mit innerer Sekretion, zur Pathologie der 284.
Ductus omphaloentericus, Fall von persistierendem 189.
—, offener 245.
Dünndarm, Verminderung der bakteriziden Kraft unter Einwirkung einiger innerer und äußerer Agentien 409.
Duodenum, kongenitale Atresie mit Erweiterung des Magens 443.
Duodenumatresie 21, 189.
Duraspannung, Bedeutung für chronische Gehirnerkrankungen 62.
Dyspeptische Exantheme bei Säuglingen 251.
Dystrophia musculorum progressiva mit lordotischer Albuminurie 398.

Echinokokkus der Lungen 452.
Ecthyma gangraenosum 161.
Ectopia cordis congenita, Untersuchungen über die Herzfunktion bei 174.
Ehrlich-Hata 606, s. Salvarsan.
Einschlußkonjunktivitis, Histologie der experimentell erzeugten 389.
Einziges Kind, Pathologie 85.
Eisen bei der natürlichen und künstlichen Ernährung des Säuglings 487.
Eisengehalt der Frauenmilch und Säuglingsanämie 178.
— der Leber 202.
Eisen-Nährzucker, Soxhlet's 289.
Eisensajodin in der Rhino-Laryngologie 13.
Eiteransammlungen, biologische Diagnose latenter 160.
Eiweißkörper im Harn gesunder Kinder 357.
— im Urin der Säuglinge, klinische Bedeutung des durch Essigsäure fällbaren 457.
Eiweißmilch, Technik und Indikation der Ernährung mit 266.
—, poliklinische Erfahrungen mit 335.
— und die verschiedenen Vorschriften für ihre Anwendung 339.
—, Erscheinungen Barlowscher Krankheit bei Ernährung mit 447.
Eiweißmilchbehandlung 52, 205, 231.
—, toxische Zuckerwirkung nach 186.
Ekzem, Therapie des Säuglings- 89.
Ekzemkinder, Schicksal von 295.
Elementarunterricht, Reform des 359.
Embolie der Femoralis 36.
Emphysema subcutaneum bei einem Neugeborenen 318.
Empyeme, Kostotomie bei 160.
— bei Kindern 165.
Encephalitis, akute 46.
— und Sklerodermie bei einem 5jährigen Mädchen 440.
Energiebedarf künstlich genährter junger Säuglinge 150.
Enteritis membranacea, zur Lehre von der 110.
Enuresis, Behandlung 356.
— und Spina bifida occulta 458.
Epilepsie, Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von 103.
—, Kinderfehler als Frühzeichen der 143.
—, Arsen-Eisen-Bromtherapie bei 153.
—, Spasmus salutatorius und 157.
—, Arsenocerebrin bei 419.
Epithelkörperchen, Mors subita und 59.
— bei Tetanie und anderen Erkrankungen 347, 370.
Erdkaligehalt des Säuglingsblutes bei Ernährungsstörungen 147.
Ermüdungsgefühl bei Kindern 395.
Ernährung der Brustkinder, mangelhafte 80.
—, Einfluß der Kinderernährung auf das spätere Lungenwachstum der Frau 241.
—, Einfluß auf die spätere Entwicklung des Menschen 276.
— von frühgeborenen Kindern, Beitrag zur Physiologie 413.
Ernährungsneurosen im frühen Kindesalter 87.
Ersatz fehlender Glieder 43.
Erythema postscarlatinosum 5.
Erythrodermia desquamativa, Fall 254.
Essigsäurevergiftung, Fall 311.
Eulatin bei Keuchhusten 289, 448, 449.
Eurespirantabletten bei Asthma 450.
Exostose der Tibia, Fraktur einer 440.
Exsikkation, Bedeutung der 147.
Extrasystole bei Kindern 438.

Faeces, Blut darin bei Purpura und Azetonämie 242.
Favorinus als Vorkämpfer für die natürliche Säuglingsernährung 54.
Favus, Röntgenbehandlung 163.
Fett der Frauenmilch, chemische Natur 397.
Fettsucht bei Kindern 121.
Fibrolysininjektionen bei Nabel- und epigastrischen Hernien 429.
Fieber, das alimentäre 298.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fisteln, Behandlung mit Wismutsalbe 309.
Formel zur Beurteilung von Säuglingen in bezug auf ihren Allgemeinzustand 226.
Frauenmilch, Kalkgehalt der 160.
—, chemische Zusammensetzung 411.
—, Zentrifugenuntersuchungen über den Fettgehalt 433.
Frauen- und Kuhmilch, Reaktion zur Unterscheidung von 249.
Frauenmilchsekretion, einige Fragen der 50.
Fremdkörperextraktion aus der Lunge 103.
Ftoroformwasser bei Keuchhusten 82.
Fürsorgeerziehung, Mithilfe des Psychiaters bei der 236.
Furunkulose, Behandlung im Säuglingsalter 176.
Fußgelenkstuberkulose, orthopädische Behandlung 139.

Gangrän der Schamlippen 204.
Gaumen, kongenitale Zyste des weichen 348.
Gaumenmandeln, Operation mit der Schlinge 270.
Geburt, Anomalien der — und Störungen in der Entwicklung des Kindes 444.
Gehör Neugeborener und Säuglinge 430.
Gelenkentzündung, akute eitrige der Säuglinge 79.
Gelenkmobilisation, Beitrag zur 428.
Gelenkrheumatismus, Fall von tuberkulösem 269.
Genitalausfluß der Kinder 41.
Gewichtsabnahme des Neugeborenen, Wesenserklärung der physiologischen 94.
Gewichtsschwankungen Neugeborener 310.
Gladiol 449.
Glandulae parathyreoideae und Tetanie 161.
Gliome der Retina, Heredität 117.
Glukuronsäurereaktion, klinischer Wert der Goldschmidtschen 297.
Glykosurie der Neugeborenen, ephemere traumatische 300.
Grippe, s. Influenza.

Haargeschwulst, Fall von 445.
Hämatomyelie mit kompletter Leitungsunterbrechung 452.
Hämophilie, zur Therapie der 105.
—, Injektionen von Pepton Witte bei 435.
Hand, zur Entwicklungsgeschichte der kongenitalen Mißbildungen der 282.
Hasenscharten, Behandlung der mit Wolfsrachen komplizierten einseitigen 189.
Hautblutungen als diagnostisches Hilfsmittel beim Scharlach 264.
Hautdiphtherie, Fall 242.
Hauttemperaturen der Säuglinge 483.
Heine-Medinsche Krankheit 44, 453.
— — —, neue Symptome bei der 153.
— — —, zur Klinik der 452.
Hernia epigastrica, Fibrolysininjektionen bei 429.
— inguinalis congenitalis, Behandlung 352.
— supraumbilicalis mit Herz 119.
Herpes facialis bei Skarlatina 78.
— tonsurans, Röntgenbehandlung 163.
Herz, Transposition der großen Schlagadern des 451.
Herzblock, kongenitaler 431.
Herzkompression, rhythmische, bei Wegbleiben der Kinder 96.
Herzkrankheiten, die akuten 141.
Herztöne des Kindes und Vorausbestimmung des Geschlechtes desselben 275.
Hilustuberkulose, Fall von 440.
Hirn-Rückenmarkssklerose, zur diffusen 110.
Hirnsklerose, Fall von diffuser 247.
Hirschsprungsche Krankheit 444.
— —, unter dem Bilde unstillbaren Erbrechens 225.
— —, wichtige Form von funktionellem Darmverschluß im Säuglingsalter und ihre Beziehungen zur 302.
Hitze, Einfluß auf den Säuglingsorganismus 296.
Hörstummheit und Taubstummheit, Differentialdiagnose 147.
Honthin bei Magendarmkatarrh der Säuglinge 396.
Hornhauttrübungen, kongenitale 430.
Hüftgelenksluxation, Behandlung der kongenitalen 75.
—, Nachuntersuchung im Säuglingsalter reponierter Kinder mit angeborener 282.
—, spastische — und die Veränderungen des Hüftgelenks bei spastischen Zuständen der unteren Extremitäten 340.
Hufeisenniere, zystischer Tumor bei 462.
Hydrarg. cyanat. bei Keuchhusten 288.
Hydrocephalus internus mit Erblindung beider Augen, geheilter Fall 275.
Hydropyrin, ein neues Salizylpräparat 133.
Hydrotherapeutische Prozeduren, Gefahren für den Säugling 281.
Hypophysisextrakt, Wirkung von 202.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hypophysispräparate, erfolgreiche Anwendung von 234.
Hypophysisstudien 119.
Hypophysistumoren beim Kinde 317.
Hypothyreoidie im Kindesalter 92.

Ichthyol gegen Pertussis 450.
Icterus haemolyticus, neuer Fall von angeborenem und familiärem 354.
— neonatorum und Nabeleiterung 114.
— —, Pathogenese 478.
Idiotie, Fall von mongoloider 85.
—, Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von 103.
— und Syphilis 466.
Impetigo nach Pneumonie 205.
Impfschutz, zur Frage des 298.
Incontinentia urinae geheilt durch Ansäuerung des Harns 118.
— — durch epidurale Injektion von kokainisiertem Serum geheilt 392.
Indikanurie während der ersten Lebenswochen 399.
Infektionskrankheiten der Kinder, Behandlung der 18.
—, Bekämpfung 481.
Influenza bei Säuglingen 65, 461.
Influenzameningitis 371.
Inguinalhernien im Säuglingsalter, 18 Radikaloperationen 83.
Injektionen, Technik intravenöser 63.
Intestinaltraktus, Bedeutung der Bakterien im 294.
Intubation und Tracheotomie bei akuten Larynxstenosen 153.
Ischochymie, Magenerweiterung und chronische gutartige 110.
Jod, Pharmakologie des 361.
Jodbenzindesinfektion, ein Nachteil der 64.
Jodipineinspritzungen bei Scharlach 259.
Jodtinktur in der kleinen Chirurgie 39.
Jugendblinde, Gesundheitsverhältnisse der 475.
Jugendirresein, zur Geschichte des 238.

Kalisalpeter, Behandlung der Masern mit 203.
Kalk und Spasmophilie 479.
Kalkgehalt der Frauenmilch 160.
Kalksalze, Bedeutung für den Organismus des Kindes 94.
Kalkstoffwechsel bei Rachitis 50, 329.
—, Bedeutung für die Entstehung der Rachitis 62.
— in einem Falle von Chorea 280.
Kalomel als Diureticum 369.
Kalzium und Spasmophilie 93.
Kardiospasmus im Säuglingsalter 372.
Kasein, Nachweis in den Kaseinbröckeln des Säuglingsstuhls 413.
Kauen, Hebung des oberen Lides beim 201.
Kauunfähigkeit, nervöse 87.
Keimdrüse, Entwicklungsstörungen der männlichen 84.
Kelen, Narkose mit 119.
Keratitis, Behandlung der hereditärsyphilitischen 25.
— parenchymatosa, Bedeutung der Wassermannschen Reaktion und der diagnostischen Alttuberkulininjektion für die Erkenntnis der Ätiologie der 154.
— — centralis annularis, persistente Ringtrübung nach 430.
Keuchhusten s. Pertussis.
Kinderasyl, 5jährige Erfahrungen im 451.
Kinderfehler als Frühzeichen der Epilepsie 143.
Kinderheilkunde, frühe Drucke aus der 251.
Kinderlähmung, neuere Erfahrungen über die akute spinale 137.
—, epidemische spinale 165, 166.
—, akutes Stadium der epidemischen 181.
—, ihr sehr ähnliche Erkrankung des Meerschweines 416.
Kinderschutz, historische Entwicklung 480.
— und Kinderhygiene, Mitteilungen über 115.
Kinderspitäler, Pariser 250.
Kindersterblichkeit in Mecklenburg-Strelitz 257.
Klumpfuß, Torsion der Unterschenkelknochen bei angeborenem 304.
Kniegelenk, kongenitale Luxationen 475.
Kniegelenkstuberkulose, Difformitäten bei 394.
Kniescheibenverrenkung, erbliche angeborene 178.
Knochenmark bei Rachitis 438.
Knochenplastik, freie 235.
Knorpelmarkkanäle, Bedeutung für die Systemerkrankungen des wachsenden Skeletts 32.
Kochsalzfieber beim Säugling 150.
Kohlehydrate, ihre Bedeutung bei fettreicher Nahrung 176.
Kohlensäureschnee, therapeutische Verwendung 100.
Kolostralmilch, biologische Eigenschaften 51.
Kolostrum, Bedeutung des 411.
Konzeptionstermin, gerichtliche Beurteilung nach dem Entwicklungsgrade des Kindes 257.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kopfgröße und Intelligenz im schulpflichtigen Alter 360.
Kopfläuseplage in den Breslauer Volksschulen 360.
Kopliksche Flecke, die 197.
Kornea, großes Dermoid der 473.
Kostotomie bei Empyemen 160.
Krämpfe im Kindesalter 46.
— bei Neugeborenen 390.
Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen 56.
— während des Keuchhustens 106.
Kretinismus 322.
— in Wien, familiärer 91.
— unter den Juden 154.
Kriechübungen, Einfluß auf die lordotische Albuminurie 55.
Kubitaldrüsen, diagnostische Bedeutung fühlbarer 379.
Kuhmilch, Idiosynkrasie gegen 176, 360, 369.
Kuhpockenimpfung, Doppelreaktion bei der 342.

Lähmung, Kinder mit schlaffer und spastischer 42.
—, Fall nicht hysterischer periodischer 72.
—, Littlesche, infolge enzephalitischen luetischen Prozesses 207.
—, Zukunft nervenkranker Kinder mit spinaler und zerebraler 471.
Längenwachstum und Unterernährung beim neugeborenen Kinde 417.
— und Knochenkernbildung 441.
Laktase im Säuglingsspeichel 42.
Larynxstenosen, Intubation und Tracheotomie bei akuten 153.
Leber, klinisches Verhalten bei Scharlach 138.
—, Eisengehalt 202.
—, Dyplasie oder juvenile Zirrhose 388.
—, Angiosarkom der 478.
Leistungsfähigkeit, Beeinflussung der geistigen 360.
Leukämie mit Schädeltumoren 295.
Leukozyten bei Masern 6.
Leukozytengehalt im Blut der Brustkinder, physiologische Schwankungen 175.
Lingua geographica hereditaria 24.
Lipämie bei juvenilem Diabetes 351.
Lipanin bei Rachitis 396, 458.
Littlesche Krankheit, 2 Fälle 163.
Lückenschädel, angeborener 441.
Lumbalflüssigkeit bei tuberkulöser Meningitis 334.
Lunge, Fremdkörperextraktion aus der 108.
—, Erkrankung an Echinokokkus 452.
Lungenheilstätten, Bedeutung der deutschen — für die Bekämpfung der Tuberkulose 471.
Lungenmißbildungen, zur Kasuistik angeborener 23.
Lungensyphilis, eigenartiger Fall 227.
Lungentuberkulose, Verwertbarkeit der subkutanen Thoraxlymphdrüsen für die Diagnose 188.
—, zur frühen Klinik der 244.
— des Kindes, Diagnose und Epidemiologie 293.
Lutscher, Gefahren des 275.
Luxation des Zeigefingers im Metakarpo-Phalangealgelenk 16.
—, kongenitale, des Radiusköpfchens 247.
Lymphdrüse, Durchbruch in die Trachea einer verkästen 246.

Magen, Einfluß hoher Sommertemperaturen auf die Funktion des 485.
Magenerweiterung und chronische gutartige Ischochymie 110.
Magenfermente, Ausscheidung im Säuglingsdarm 330.
Magenfunktionen der Kinder, Untersuchung mittels Probefrühstücks 409.
Magenlabs, Bedeutung der Artspezifizität für die Funktion der Verdauungsfermente, insonderheit des 487.
Magnodat, therapeutische Anwendung von 114.
Malaria, kongenitale und hereditäre 316.
Mamma, Hypertrophie und Milchsekretion bei einem Neugeborenen 158.
—, Pubertätshypertrophie 314.
—, zur Pathologie und Therapie der laktierenden 410.
Mammae, Ungleichheit, und Beschaffenheit der Milch 320.
Masern s. Morbilli.
Masernrheumatoid im Säuglingsalter 464.
Mastdarmvorfall, operative Behandlung 468.
Mastitismilch, biologische Eigenschaften 51.
Meckelsches Divertikel, gleichzeitige Entzündung des Blinddarms und des 112.
Megakolon, anatomische Verhältnisse des Darmes beim echten 189.
— congenitum 79, 80.
— mobile 443.
Mehrlingsgeburten des Jahres 1908 47.
Melaena vera neonatorum 270.
Meningitis, Sehnervenabszeß und Stauungspapille infolge von 25.
—, Urotropin bei seröser und eitriger 107.
—, bemerkenswerte Fälle 275.
—, kontralateraler Reflex und Nackenphänomen bei 278.
—, Beobachtungen an 300 Fällen 279.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meningitis und Trauma 465.
— cerebrospinalis, psychische Störungen nach 37.
— —, zwei Fälle 119.
— —, Lumbalflüssigkeit bei 334.
Meningo-Ependymitis serosa tuberculosa 317.
Menstruation und Stillgeschäft 243.
Mentholpräparate, bedrohliche Zufälle bei Anwendung im Säuglingsalter 16.
Merkblätter, über 257.
Mikrozephalie mit Gliederstarre 208.
Milch von industriellen Abfallstoffen genährter Kühe 73.
—, Bedeutung der Streptokokken in der 88.
—, Ungleichheit der Brüste und Beschaffenheit der 320.
—, Säurebestimmung und Labhemmprobe 333.
Milchdipper zur Herstellung von Magermilch 207.
Milchfett, über Sekretion des 50.
Milchsekretion bei einem Neugeborenen 158.
Milchzucker bei der Kinderernährung 240.
Milz, Pergamentknittern infolge luetischer Schwartenbildung 247.
Minderwertige, Straffälligkeit der geistig 70.
Minderwertigkeit, straffällige Jugend und psychopathische 339.
Mineralstoffwechsel beim gesunden Brustkind 54.
Mißbildungen, angeborene 43.
— der Hand, zur Entwicklungsgeschichte der 282.
Mittelohrentzündung, konservative Behandlung der akuten 467.
Molkenreduktion, Bedeutung für die Ernährung junger Säuglinge 53.
Mongolenfleck, Fall von angeborenem blauen 38.
Mongolismus, Fall 243.
Morbilli, Leukozyten bei 6.
—, Diphtherie als Komplikation bei 7.
—, Behandlung 156.
—, Behandlung mit Kalisalpeter 203.
—, Anaphylaxie bei 204.
—, zur pathologischen Anatomie und Mikrobiologie 268.
—, abnorme Fälle 395.
—, Mitteilungen über eine Epidemie 452.
—, zytologische und klinische Beobachtungen während der Inkubation 453.
Morbus Basedowii, Fall von 116.
— Recklinghausen, zur Kasuistik 391.
Morphaea, zwei Fälle von fronto-nasaler 356.
Morphium, Toleranz des Säuglings gegen 465.
Muskelatrophie, familiäre frühinfantile spinale, mit Läsion der Pyramidenbahn 398.
Myatonia congenita 50, 293, 320, 453.
Myelodysplasie 458.
Myiosis gastrica, Fall 357.
Myxödem, thyreo-parathyreoideales System bei kongenitalem 76.
— mit Thyreoidin behandelt 163.

Nabeleiterung, Icterus neonatorum und 114.
Nabelhernien, Fibrolysininjektionen bei 429.
Nabelverband für Neugeborene 310.
Nährmittel, Nestlés dextriniertes und gemälztes 31.
Nährpräparate im frühen Kindesalter 258.
Nährzwieback, Opels 365.
Naevus flammeus in der Gegend der Glabella 246.
Nahrungsbedarf beim Säugling, energetische Bestimmung 92.
— frühgeborener Kinder 151.
Naphthalinvergiftung, tödlich verlaufener Fall 427.
Nase, Schnuller in der 399.
Nasendiphtherie, Diagnose bei Neugeborenen und Säuglingen 56.
Nebenniere, Umbau im extrauterinen Leben 374.
—, Einfluß des Diphtherietoxins auf die sekretorische Funktion der 378.
Nebennierenblutungen beim Neugeborenen 378.
Nebenschilddrüseninsuffizienz, Tetanie und 280.
Nephritis, Serotherapie 159.
— nach Parotitis 320.
—, mechanische Erzeugung bei Tieren 456.
Nephrotyphus, Fall 317.
Nervosität u. Geisteskrankheiten, Verhütung durch gesundheitsgemäße Erziehung der Kinder 152.
Neurome, multiple 104.
New York, Jugendfürsorge im Staate 190.
Nierenblutungen im Säuglings- und Kindesalter 322.
Nierentuberkulose, zur Diagnostik im Kindesalter 448.
Nierentumoren, maligne 477.
Noma, Epidemie 156.
Normalambozeptoren, Gehalt des Säuglingsblutes an hämolytischen 6.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oberarmbruch im Säuglingsalter, zur Behandlung 426.
Oberlid, Fälle von angeborener abnormer Bewegung des 269.
Odda bei Ernährungsstörungen 217.
Ödem, Fall von essentiellem 437.
Ösophagus, Expulsion des 76.
Ösophagusstrikturen, Bedeutung der Radiologie bei Untersuchung von narbigen 328.
Ohrhygiene der Schulkinder 193.
Okulomotoriuslähmung, einseitige komplette 272.
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, Sophol gegen 16.
Ophthalmoreaktion in der Schule 117.
Opiumalkaloide, Empfindlichkeit verschieden alter Tiere gegen 254.
Orbitalzyste, von versprengter Schleimhaut ausgehend 70.
Orthopädische Gesellschaft, Berliner 48.
Osmotischer Druck 177.
Osteomyelitis im Säuglingsalter 322.
Osteoperiostitis am Schädel tuberkulöser Kinder 38.
Osteopsathyrosis congenita und tarda 442.
Ostitis acuta purulenta fibulae, subperiostale Diaphysenresektion bei 464.

Pachymeningitis haemorrhagica interna 321.
Parotis, Angiom 299.
Parotitis, Nephritis nach 320.
— epidemica, abdominelle Symptome bei 314.
—, primäre eitrige des frühen Säuglingsalters 409.
Pars prostatica urethrae, angeborene membranöse Verengerung 388.
Pastillen, Vergiftung durch amerikanische 311.
Pavor nocturnus, Natur und Prognose 316.
Pectus carinatum, besondere Form 282.
Pektoralisdefekt und Schulterhochstand 267.
Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen 230.
Pepton Witte bei Hämophilie und Purpura 485.
Peritonitis tuberculosa, Beitrag zur 335.
Perlsuchtreaktion nach Pirquet 129.
Pertussis, Hydrarg. cyanat. bei 288.
—, Ftoroformwasser bei 82.
—, Pnigodin bei 289.
—, Eulatin bei 289, 448, 449.
—, Vaporin bei 449.
—, Sanofix bei 449.
Pertussis, Ichthyol bei 450.
— und Krampfanfälle 106.
— bzw. pertussisähnlicher Husten und spasmophile Diathese 175.
—, Diagnose mittels des Verfahrens von Bondet-Gengou 240.
Phimose, stumpfe Behandlung 134.
Phimosenbehandlung im frühen Kindesalter 60.
Phosphorlebertran, Verordnung von 448.
—, Einfluß auf den Stoffwechsel eines rachitischen Säuglings 330, 455.
Phosphorstoffwechsel bei Rachitis 148.
Photographie von Krankheitserscheinungen im Kindesalter 424.
Phytinum liquidum, Anwendung in der Kinderheilkunde 431.
v. Pirquetsche Reaktion, Erfahrungen mit der 7.
—, Bedeutung im Kindesalter 12.
— bei aspezifischer und spezifischer Überempfindlichkeit der Haut 73.
— bei skrofulösen Kindern 244.
—, diagnostischer Wert 262.
—, Bedeutung für die Diagnose der Tuberkulose 285.
—, diagnostische Bedeutung bei chirurgischer Tuberkulose 439.
Plasmon in der Behandlung kranker Säuglinge 386.
Pleuritis, praktische Diagnostik der Kinder- 420.
Pneumonie und akute Gewichtsschwankungen bei ernährungsgestörten Säuglingen 55.
Pneumothorax nach Pneumonie und Lungenabszeß 245.
Pnigodin bei Keuchhusten 289.
Podophyllotoxin, Wirkungen bei chronischen Verstopfungen und Darmautointoxikationen 358.
Poliomyelitis acuta 210.
—, experimentelle Untersuchungen über 45.
—, durch das Virus derselben beim Affen hervorgerufene Fazialisparalyse 75.
—, Verpflanzung des M. biceps zur Hebung pathologischer Außenrotation des Oberschenkels bei 108.
— und Polyneuritis 190.
—, Sammelforschung über 209.
—, Serotherapie 353.
— fulminans 181.
Poliomyelitische Lähmungen, zur Frage der 380.
Poliomyelitisepidemie, steiermärkische vom Jahre 1909 327.
Poliomyelitisfälle 249.
Poliomyelitisfrage, Experimente zur 187.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Poliomyelitiskommission, Bericht der 249.
Polyarthritis chronica progressiva primitiva im Kindesalter 8.
Polyneuritis und akuter Gelenkrheumatismus bei einem Kinde 207.
Polyposis intestinalis beim Kinde 49.
Pottsche Krankheit, neues Zeichen bei beginnender 39.
— —, Zephalo-rhachidianflüssigkeit bei 198.
Primäraffekt an der Lippe 323.
— an der behaarten Kopfhaut 334.
Prostatasarkome im Kindesalter 243.
Protargol bei Vulvovaginitis 290.
Pseudoleukämie, Fall 245.
Pseudorachitisme syphilitique, Fall 281.
Pubertas praecox, Fall 281.
Purpura, eigenartiger Fall mit tödlicher Gehirnblutung 226.
—, Untersuchung der Stühle auf Blut bei 242.
—, Injektionen von Pepton Witte bei 435.
— acuta und Tuberkulose 315.
— fulminans mit Parameningokokkenseptikämie 393.
— haemorrhagica, zur Pathogenese 376.
— — durch den Kolibazillus verursacht? 157.
— rheumatica, das abdominale Syndrom der 277.
Pylorusstenose, angeborene, infolge von Entwicklungsstörung des Darmkanals 174.
Pyozyanase bei Diphtherie 242.
— bei Persistenz der Diphtheriebazillen 305.

Quecksilbervergiftung, medikamentöse 323.

Rachenmandeln, nasale Fortsätze hypertrophischer 154.
Rachitis und Spasmophilie 41.
— und deren Folgezustände 43.
—, Kalkstoffwechsel bei 50, 329.
—, Phosphorstoffwechsel bei 148.
—, Bedeutung des Kalkstoffwechsels für die Entstehung der 62.
—, angeborene 162.
— als ursächliches Moment für Rückgratsverkrümmungen 262.
—, Lipanin bei 396.
—, Knochenmark bei 438.
—, Aschengehalt der Muskulatur bei 486.
Radiusköpfchen, kongenitale Luxation des 247.
Raynaudsche Krankheit bei einem Säugling 173.
Recti externi, postdiphtherische Lähmung der beiden 71.
Reichsmilchflasche 9.
Respirationsstoffwechsel am neugeborenen Kinde 329.
Retina, Heredität der Gliome der 117.
Ricinal 449.
Riesenwuchs, partieller 45.
Röntgenaufnahmen, verstärkender Schirm bei 199.
Röntgenbehandlung von Herpes tonsurans und Favus 163.
Rohmilchernährung, zur Frage der 54.
Rückenmarkkanal, Druck im — bei verschiedenen Kinderkrankheiten 438.
Rückgratsverkrümmungen, angeborene Wirbelanomalien als Ursache von 10.
— und Schule 34.
—, Rachitis als ursächliches Moment 262.
—, Fortschritte auf dem Gebiete der Lehre von den jugendlichen 374.
Rumination, Fall von 115.
Rumpel-Leedesches Phänomen bei Scharlach 337.
Ruptura urethrae, Fall von 86.

Sabromin bei Chorea 289.
Säuglinge, häusliche Überwachung im Winter 257.
—, Sommersterblichkeit 484.
—, Morbidität und Mortalität im Sommer 1911 484.
—, zur Physiologie und Ernährung 487.
Säuglingsalter, Physiologie und Pathodes — im Universitätsunterricht 480.
—, Unterricht und Fortbildung auf dem Gebiete der Hygiene und der Krankheiten des 481.
Säuglingsernährung, schematische Darstellung zu Unterrichtszwecken 45.
— bei akuten alimentären Störungen 97.
Säuglingsfäzes, Bakteriengehalt der 255.
Säuglingsfürsorge, zwei Jahre offene 267.
—, die heutigen Bestrebungen in der Schweiz 373.
Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie 103.
Säuglingsharn, chemische Teilerscheinungen des 207.
Säuglingskrankheiten, von der stillenden Mutter verursacht 120.
Säuglingsnahrung, zur kalorimetrischen Bewertung 105.
—, Wärmemessung der trinkfertigen 452.
Säuglingsschutz, staatlicher 480.
Säuglingssterblichkeit und Außentemperatur im Winter 150.

Digitized by Google
Digitized from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Säuglingssterblichkeit 1909 in Deutschland 167.
—, wirksamste Bekämpfung 342.
— in Pommern nach Alter und Geschlecht 348.
—, Sommerhitze, Wohnungstemperatur und 371.
Salbenfleckenverband am Auge 289.
Salvarsan, Bedeutung für die Kinderheilkunde 1.
— bei Syphilis 25, 206, 302, 312, 319, 357, 446, 487.
—, Einfluß auf die Spirochäten bei kongenitaler Syphilis 12.
—, Effekt bei einem hereditär-syphilitischen Kinde bei Behandlung der Mutter mit 14.
—, Behandlung kongenitaler Syphilis durch Behandlung der stillenden Mutter mit 185.
— bei Schwangeren und Wöchnerinnen 344.
—, einige durch — bedingte Eigentümlichkeiten kutaner Syphilis 474.
— bei Angina Vincenti 475.
— bei Bantischer Krankheit bei hereditärer Lues 305.
— bei Chorea minor 181, 390.
Salvarsanmilch 379.
Salzfieber, zur Theorie 95.
Salzlösung, pyrogene und hydropigene Eigenschaften der physiologischen 147.
Salznährschaden bei Säuglingen 175.
Sanofix bei Keuchhusten 449.
Scarlatina, intrazelluläre Einschlußkörper bei 414.
—, globuläre Resistenz bei — mit Leberbeteiligung 76.
—, klinisches Verhalten der Leber bei 138.
—, Herpes facialis bei 78.
—, zur Kontagiosität 149.
— und dessen Weiterverbreitung 155.
—, Ellbogenzeichen bei 241.
—, Hautblutungen als diagnostisches Mittel bei 264.
—, Rumpel-Leedesches Phänomen bei 337, 423.
—, zytologische Untersuchungen bei 307.
—, experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie 332, 414.
— und Typhus, gleichzeitige Erkrankung 306.
—, Übertragung auf Schimpansen 352, 392.
—, Inokulation bei niederen Affen 437.
—, zur Prophylaxe und Therapie 332.
—, Behandlung 156.
—, zur Behandlung mit dem Moserschen Serum und zur Bakteriologie 40.
—, Einfluß des Moserschen Serums auf Verlauf und Mortalität 91.
Scarlatina, Abschwächung durch prophylaktische Seruminjektionen 455.
—, Marpmannsches Serum bei 479.
—, Vakzination nach Gabritschewski bei 163.
—, Jodipineinspritzungen bei 259.
Schädel, willkürliche Beeinflussung der Form des 230.
Schädeldefekte infolge amniotischer Verwachsungen 429.
Schädelfraktur bei spontaner Geburt 191.
Schamlippen, Gangrän der 204.
Schanker, syphilitischer, beim Kinde 116.
— des Unterlides 241.
Scharlach s. Scarlatina.
Scharlachthyreoiditis 372.
Schiefhals, der angeborene — und seine Behandlung 259.
—, Entstehung des angeborenen muskulären 331.
Schielen und Gesamtveranlagung 427.
Schienenhülsenapparat, Werdegang eines 42.
Schilddrüse, Fall von Störungen von seiten der 476.
Schulärzte an höheren Lehranstalten 358.
Schularztfrage, Stand der 151.
Schule und Rückgratsverkrümmung 34.
—, Tuberkulose und 125.
Schulgärten und Kindergarten 23.
Schulhygiene, historische Entwicklung 360.
Schulkinder, Krankheitsfürsorge für 359.
Schulterhochstand, Pektoralisdefekt und 267.
—, doppelseitiger angeborener 283.
Seeklimatische Kuren im Kindesalter 446.
Sehnervenabszeß und Stauungspapille infolge von Meningitis 25.
Septumoperationen im jugendlichen Alter 72.
Serumanaphylaxie, Fall hochgradiger 477.
Serumkrankheit, zur Kenntnis der 180.
—, Serumbefund bei 205.
Skeletterkrankung, Fall diffuser 204.
Sklerose, tuberöse 403.
Skoliose, tuberkulöse 74.
—, Entstehung im Kindesalter 85.
Skrofulose, Wassermannsche und Pirquetsche Reaktion bei 244, 262.
Sommersterblichkeit der Säuglinge 54, 88, 483.
Sommertemperaturen, Einfluß hoher — auf die Funktion des Magens 485.
Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 246.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Soormykose der Haut im frühen Säuglingsalter 368.
Sophol gegen Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 16.
Spasmophile Diathese, Pertussis bzw. pertussisähnlicher Husten und 175.
Spasmophile, Aschegehalt in den Gehirnen von 225.
Spasmophilie, Rachitis und 41.
—, Kalzium und 93, 479.
Spasmus salutatorius und Epilepsie 157.
Speichel des Säuglings und Lab- und Pepsinverdauung in vitro 320.
Speicheldrüsenentzündung beim Säugling, eitrige 93.
Spina bifida mit Hydrozephalus 135, 321.
— — occulta und Enuresis nocturna 458.
Spinalparalyse, Fall luetischer spastischer 205.
Spirochaeta pallida, Vorkommen in den Vakzinen bei kongenital-syphilitischen Kindern 16.
Splenektomie wegen Anaemia splenica 278.
Sprachstörung nach Diphtherie, hysterische 323.
Stammeln, anteponierende Alliteration als physiologische Form des 447.
Stamm- und Hauttemperaturen bei Säuglingen 414.
Stauung im kleinen Kreislauf, Punktion bei 280.
Steinkrankheit der Blase bei Mädchen 280.
Sterilac, Apparat zur aseptischen Milchgewinnung 453.
Stickstoffverteilung im Urin des Neugeborenen 412.
Stilldauer, Einfluß auf Entstehung und Erhaltung des folgenden Kindes 8.
Stillfähigkeit, wie vermögen wir den Frauen ihre — wieder zurückzuerobern? 473.
Stillgeschäft, Menstruation und 243.
Stillungsnot und Stillungsunfähigkeit, zur Frage der 473.
Stoffwechsel, respiratorischer, des Säuglings 486.
Stoffwechselvorgänge in den ersten 14 Lebenstagen normaler und frühgeborener Säuglinge 91.
Stottern, Behandlung 360.
Streptokokken in der Milch 88.
Sudian bei Skrofulose und chirurgischer Tuberkulose 450.
Syndaktyliebehandlung 387.
Syphilis, Salvarsan bei 1, 25, 312, 319, 446.
—, einige durch Salvarsan bedingte Eigentümlichkeiten kutaner 474.
Syphilis congenita 43.
— —, behandelt durch Injektion von Salvarsan bei der stillenden Mutter 185.
— —, kardio-vaskuläre Affektionen bei 276.
— —, Augenhintergrundsbefunde bei 301.
— —, Einfluß des Salvarsans bei 12, 357, 487.
— hereditaria, das Blut bei 77.
— — tarda mit Riesenwuchs der unteren Extremitäten 248.
— — mit blauer Verfärbung der Skleren 391.
—, Fälle latenter hereditärer 206.
—, Spät- 402.
—, Dementia praecox und 40.
— und Idiotie 466.
Syrgol bei Blennorrhoea neonatorum 449.

Tabakspsychose bei 13jährigem Knaben 261.
Taubstummheit und Hörstummheit, Differentialdiagnose 147.
Tentoriumzerreißungen bei der Geburt 62.
Tetanie des Kindesalters, experimenteller Beitrag 147.
—, familiäre 400.
—, pathologisch-anatomische Veränderungen der Glandulae parathyreoideae und 161.
— und Nebenschilddrüseninsuffizienz 280.
— Epithelkörperchen bei 347, 370.
Tetanus nach Vakzination 116.
Thoraxlymphdrüsen und Diagnose der Lungentuberkulose 188.
Thymusforschungen, neuere 367.
Thymushypertrophie, bei einem plötzlich verstorbenen Säugling 37.
—, Zeichen der 393.
Thymustod, Demonstration zum 444.
Tibiafraktur, neues Zeichen der 161.
Tränengänge, angeborene Anomalien 116.
Transposition der großen Schlagadern des Herzens 451.
Trichterbrust, chirurgische Behandlung der angeborenen 461.
Tuberkulid, papulo-nekrotisches 78, 399.
—, biologischer Bau und bazilläre Ätiologie des papulösen 369.
Tuberkulide 322.
Tuberkulin, Bedeutung der mit — an der Konjunktiva von Kindern erzeugten Überempfindlichkeit 438.

Digitized by Google
CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tuberkulin-Kutanimpfungen, Behandlung mit 262.
Tuberkulindarreichung, Kombination der subkutanen Tuberkulinbehandlung mit der internen 67.
Tuberkulinbehandlung im Kindesalter 38, 193, 368.
—, Resultate 86.
Tuberkulöse Infektion im Kindesalter 260.
Tuberkulom des Coecum 355.
Tuberkulose, Schutz der Kinder gegen 123.
— und Schule 125.
— der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion 183.
— im Säuglings- und Kindesalter 237, 368, 443.
—, zur Behandlung der chirurgischen 469.
—, Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen 246.
—, Bedeutung der Pirquetschen Reaktion für die Diagnose 285, 439.
—, Purpura subacuta und 315.
— des Kindesalters und ihre Bekämpfung im Haardter Wald 360.
—, Bedeutung der deutschen Lungenheilstätten für die Bekämpfung 471.
—, die zur Zeit herrschenden Ansichten über Kinder- 388.
— des Kniegelenks, Difformitäten bei 394.
Tuberkulosediagnose, Methode von Yamanouchi 79.
Tuberkuloseinfektion auf dem Wege der Zeugung und Disposition zur Tuberkulose 122.
Tubo-canulardos, Behandlung mit elastischer Dilatation und Laryngostomie 243.
Turnstunden, orthopädische 359.
Turnunterricht, Befreiung vom 360.
Typhöses Fieber, Rolle der Keimträger in der Pathogenie und Prophylaxis des 353.
Typhoid der Kinder 232.
Typhus und Scharlach, gleichzeitige Erkrankung 306.
—, Jodtinktur bei 357.
—, Fall von Säuglings- 457.
Typhusepidemie in einer Kindererziehungsanstalt 379.

Unterernährung, Gefahren beim Säugling 78.
Ureteren, Klinik der überzähligen abnorm mündenden 71.
Urinreaktion bei Brustkindern 186.
Urotroprin bei seröser und eitriger Meningitis 107.
Uviolmilch 88.
Vakzination, zwei Fälle von Tetanus nach 116.
Vaporin bei Pertussis 449.
Varizellen, Sepsis nach 149.
Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, Pathogenese der akuten 485.
Vernix caseosa, Untersuchungen über 271.
Viskosität des Blutes beim gesunden und kranken Säugling 293.
Vulvovaginitis, Protargol bei 290.

Wärmemessung der trinkfertigen Säuglingsnahrung 344, 452.
Wasserhaushalt bei Säuglingen, Störungen des 175.
Wassermannsche Reaktion im Kindesalter 88.
— — bei skrofulösen Kindern 244.
— — als Hilfsmittel der forensisch-psychiatrischen Beurteilung 306.
— — bei den Schwachsinnigen, Epileptikern, Blinden und Taubstummen Dänemarks 336.
Wasserstoffsuperoxyd, Einfluß auf Hyperchlorhydrien und auf die Magensekretion 268.
— in Salbenform 290.
Wegbleiben der Kinder, rhythmische Herzkompression bei 96.
Winckelsche Krankheit, kasuistischer Beitrag 410.
Wirbelanomalien, angeborene, als Ursache von Rückgratsverkrümmungen 10.
Wirbelosteomyelitis, Diagnose und Therapie der akuten 332.
Wohlfahrtspflege und Kreisarzt 347.
Wohnung, Einfluß auf die Entwicklung des Kindes 328.
Wurmfortsatz, Palpation des 268.

Xeroderma pigmentosum, zwei Fälle 81.

Zähne, falsche Hutchinsonsche 24.
—, abnorme Stellung der — und adenoide Vegetationen 439.
Zahnen, das schwere — als Maßstab der kinderärztlichen Kenntnisse 373.
—, gibt es ein erschwertes — als Krankheitsursache im ersten Kindesalter? 431.
—, frühzeitiges 416.
Zahnextraktion, Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach 183.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahnkrankheiten, Bekämpfung in den Schulen 90.
Zahnmangel, angeborener vollkommener 300.
Zahnpflege in den Schulen 482.
Zahnwechsel, Pathologie und Prophylaxe 404.
Zelluloid-Stahldrahttechnik zur Herstellung von orthopädischen Apparaten 249.
Zerebrallähmung, atonisch-astatischer Typus der infantilen 283.
Zeugen, Kinder und Jugendliche als 69.
Zuckerarten, Wirkung der verschiedenen — bei ernährungsgestörten Säuglingen 256.
Zuckerwirkung, toxische, nach Eiweißmilchernährung 186.
Zwerchfellbruch, über — im Anschluß an 2 Fälle 173.
Zwergwuchs, Fall von rachitischem 204.
Zyste des weichen Gaumens, kongenitale 348.
Zystinstein in der Blase 199.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-12-27 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924071037349
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
CORNELL UNIVERSITY